

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 100

L'ANOREXIE MENTALE

SES CARACTÈRES PSYCHOLOGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 4 Janvier 1932

PAR

Marie-Joseph-André DONNADIEU

INTERNE DES HÔPITAUX

INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉES DE CHATEAU-PICON

LAURÉAT DES HÔPITAUX

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

Né à BORDEAUX (Gironde), le 7 novembre 1902.

Examineurs de la Thèse	}	MM. ABADIE, professeur.....	<i>Président.</i>	
		BÉGOUIN, professeur.....	}	
		PERRENS, agrégé.....		<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 100

L'ANOREXIE MENTALE

SES CARACTÈRES PSYCHOLOGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 4 Janvier 1932

PAR

Marie-Joseph-André DONNADIEU

INTERNE DES HÔPITAUX

INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉES DE CHATEAU-PICON

LAURÉAT DES HÔPITAUX

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES

Né à BORDEAUX (Gironde), le 7 novembre 1902.

Examineurs de la Thèse	}	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		BÉGOVIN, professeur.....	} Juges.
		PERRENS, agrégé.....	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. MOUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	CARLES.	Clinique gynécologique.	GUYOT.
Clinique d'accouchements.	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie.	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	SELLIER.
Pharmacie.	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.	DUBECQ.	Chirurgie générale.	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	CREYX.	Obstétrique.	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.	CAVALIÉ.	Puériculture.	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie.	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N. GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE DOCTEUR A. DONNADIEU

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

• A MES SŒURS ET A MON FRERE

A MON ONCLE
LE DOCTEUR A. GUERIN

Témoignage de ma reconnaissance pour
le dévouement dont il nous a toujours
entourés et d'admiration pour le bel
exemple de vie professionnelle qu'il me
donne à suivre.

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT DES HOPITAUX
ET DES ASILES

A TOUS LES MIENS — A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARLES.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYOT.

EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY.
MONSIEUR LE DOCTEUR RABERE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGER (*in memoriam*)
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPERIE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR SABRAZES.

INTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES.
MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS.
MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYX.

A MES MAÎTRES DES ASILES

MONSIEUR LE DOCTEUR ANGLADE.
MONSIEUR LE DOCTEUR DUCOS.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERRENS.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABADIE

*Professeur de Clinique des Maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux.*

*Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Les circonstances ne m'ont pas permis d'être directement votre élève. Les rares visites que j'ai pu faire à votre consultation de la Clinique contribuent à me le faire regretter encore davantage.

Soyez assuré de ma reconnaissance respectueuse pour l'honneur que vous me faites d'accepter la présidence de cette thèse.

AVANT-PROPOS

Dix ans se sont écoulés depuis le jour où, quittant le collège, nous sommes entré pour la première fois à la Faculté; dix années vers lesquelles nous tournons nos regards et que nous trouvons parsemées des souvenirs joyeux de la vie d'étudiant et aussi de souvenirs plus tristes. Mais, même à ces derniers, dus aux accidents de l'existence, se joignent des pensées reconnaissantes. Ils nous ont, en effet, permis d'apprécier ce qu'est la véritable amitié, celle qui s'affirme plus forte dans le malheur et qui est un réconfort au milieu des douleurs.

Aussi, tenons-nous à dire ici toute notre affection à ceux de nos camarades qui nous ont entouré si amicalement dans des moments pénibles.

Nous ne saurons jamais exprimer comme nous devrions le faire notre gratitude à MM. les Professeurs Duvergey et Guyot, qui nous ont donné leurs soins avec un si affectueux dévouement. Qu'ils soient assurés de notre infinie reconnaissance.

En entrant à la Faculté de médecine, nous avons été reçu par des maîtres qui avaient été les camarades d'étude de notre père. Les souvenirs élogieux que tous nous en ont rapportés nous ont rendu fier de suivre la même voie; l'accueil qu'ils nous ont fait nous a montré l'amitié qu'ils avaient pour lui.

Nous nous sentons impuissant à remercier comme ils méritent de l'être les Maîtres successifs que nous avons eus :

MM. les Professeurs Carles et Guyot, qui ont bien voulu diriger nos premiers pas;

M. le Professeur Duvergey, qui nous a si aimablement reçu à deux reprises dans son service;

M. le Docteur Rabère, qui, avec sa belle maîtrise opératoire, nous a démontré l'étendue des ressources de la chirurgie.

De M. le Professeur Verger, nous avons apprécié un an l'esprit subtil, la sagesse du raisonnement, la clarté de l'enseignement.

MM. les Professeurs Dupérié et Sabrazès nous ont fait aimer les travaux du laboratoire et apprécier la satisfaction qu'éprouve l'esprit de voir confirmer par des examens microscopiques ses découvertes cliniques.

L'accueil paternel que nous a réservé M. le Professeur Petges, l'intérêt qu'il nous a toujours porté, resteront profondément gravés dans notre mémoire.

M. le Docteurs Denis s'est toujours montré plein d'indulgence pour l'interne avide de discussions que nous étions en arrivant dans son service.

De trop courts instants passés auprès de lui nous ont permis, cependant, d'apprécier l'immense érudition, jointe à une aimable simplicité, de M. le Professeur agrégé Creyx.

Nous ne voulons pas oublier dans notre tribut de reconnaissance nos Maîtres de l'Asile de Château-Picon :

M. le Docteur Anglade nous initie avec dévouement aux connaissances de la psychiatrie, aux mystères attrayants de l'anatomie pathologique. Qu'il soit remercié aussi pour le bel exemple que nous donne sa vie, toute de labeur scientifique.

M. le Docteur Ducos, dont la science médicale porte la marque de l'école qui l'a formé, sait avec sagesse calmer les ardeurs de notre jeunesse.

M. le Professeur agrégé Perrens, en nous donnant le sujet de ce travail, en nous assistant de ses conseils durant son élaboration, en nous faisant participer à l'examen de quelques-uns de ses malades, nous a montré la sympathie qu'il nous porte. Il a droit à toute notre gratitude.

A tous ces maîtres, à ceux de notre stage hospitalier comme de l'externat, à ceux de notre internat des hôpitaux comme des asiles, va notre entière reconnaissance.

Nous ne saurions omettre de dire ce dont nous sommes redevable à ceux qui nous ont servi de guides plus proches durant notre vie hospitalière : MM. les Professeurs agrégés Jeanneney, Piéchaud, Aubertin, Delmas-Marsalet; MM. les Docteurs R. Guérin, F. Leuret, Massière, Dax, Lescale, Pauzat, Cantorné, M. Traissac, J. Villar, Laubie. Qu'ils trouvent ici l'expression de nos remerciements sincères.

Et maintenant, tournant nos regards vers l'avenir, nous n'avons plus qu'à suivre l'exemple que nous ont donné nos maîtres; et, reprenant les promesses du millénaire serment d'Hippocrate, nous disons : « Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque. »

L'ANOREXIE MENTALE

SES CARACTÈRES PSYCHOLOGIQUES

INTRODUCTION

L'étude de l'anorexie mentale pourrait paraître complète à ceux qui ont lu le beau travail de Noguès. Celui-ci semble avoir résumé dans sa thèse inaugurale tous les travaux, et ils étaient nombreux, parus avant 1914 et accumulés à profusion depuis l'observation princeps de Naudeau (1789), et surtout depuis le mémoire original de Lasègue (1873).

Ayant eu l'occasion d'observer de près un jeune anorexique mental, qui nous étonna de prime abord par les perversions sexuelles, qu'il étalait, inconsciemment, semble-t-il, nous recherchâmes attentivement, pendant deux ans, ce qui avait été écrit sur ce sujet. Nulle part, nous ne trouvâmes signalés ces troubles de l'instinct sexuel que nous devions retrouver dans la suite chez plusieurs autres de nos malades.

Nous fûmes aussi étonné, en compulsant les observations nombreuses que nous eûmes entre les mains, de constater dans la plupart des cas combien peu était dessiné l'état mental des patients.

Les explications étiologiques et pathogéniques nous surprisent également; tous les auteurs insistaient sur la peur que

ces malades avaient de grossir, et de cette peur ils semblaient faire découler l'anorexie mentale.

Nous nous disions cependant, songeant au nombre incalculable de femmes et de jeunes filles présentant une pareille crainte, qu'il était curieux de ne pas rencontrer plus d'anorexiques mentales. Et nous pensions que si cette frayeur de l'embonpoint pouvait, dans certains cas, jouer un rôle, il fallait sans doute autre chose pour créer l'anorexie mentale.

C'est dans l'intention de pénétrer plus en profondeur dans l'étude de cette affection que nous avons entrepris ce travail; nous croyons y être parvenu et apporter quelques éléments nouveaux.

Aussi, après avoir exposé l'historique de la question, sa symptomatologie générale, étudié son diagnostic, nous présenterons cinq observations nouvelles. Nous les ferons suivre des commentaires qu'elles nous ont inspirés, en insistant tout particulièrement sur les faits que nous n'avons trouvés exprimés nulle part. Nous inspirant de ces considérations, nous tenterons un essai pathogénique et exposerons brièvement le traitement employé, tel qu'il découle de ces explications étiologiques.

DEFINITION — LIMITATION DU SUJET

« Pris dans son sens étymologique, il (le terme d'anorexie) signifie simplement la *perte du sens de l'appétit ou du sentiment* de la faim, tandis qu'en réalité, au sens clinique, l'anorexie pour être constituée exige quelque chose de plus : le *refus systématique d'alimentation*, qui est très comparable à la sitiophobie des aliénés, mais qui en diffère surtout par les motifs. » (Sollier.)

L'anorexie proprement dite, le manque d'appétit, qui paraît souvent primitive, est, en réalité, presque toujours secondaire à ce refus, de même que sont souvent secondaires à la restriction alimentaire les douleurs que ces malades signalent comme cause de leur obstination à ne pas s'alimenter.

Ce terme d'anorexie mentale a été d'ailleurs diversement interprété. Les limites de cette affection ne semblent pas avoir été toujours les mêmes pour les différents auteurs, et nous essaierons de les tracer plus nettement.

Ce qui, d'ailleurs, montre bien le caractère flou de ces frontières, ce sont les diverses appellations — souvent inspirées par des hypothèses pathogéniques — qui se sont succédé pour désigner un même trouble. Les termes d'*apepsia hysterica* (Gull, 1868), d'anorexie hystérique (Lasègue, 1873), voulaient attribuer à l'hystérie, reine de cette époque, ce trouble nutritif. Cependant, en 1874, Gull fut le premier à constater l'absence de symptômes hystériques chez une anorexique; revenant sur sa première appellation il la remplaça par celle d'« anorexey », puis d'« anorexia nervosa ». Et c'est Huchard qui, pour la première fois, dix ans plus tard, employa le terme d'anorexie mentale.

Sollier, à son tour, proposa le qualificatif de sitiergie (σιτος, aliment, et απω, je repousse), voulant insister par là sur le refus d'aliments noté par lui dans la définition que nous donnons ci-dessus.

Successivement, furent employées les appellations : anorexie nerveuse féminine (Dieulafoy, Bouchard et Brissaud), anorexie primitive (Gilles de la Tourette), anorexie cachectique de la nubilité (Régis), anorexie vraie, anorexie dyscœnesthésique (G. Ballet), anorexie nerveuse (Comby), anorexie psychique (Cade). C'est, finalement, la dénomination d'anorexie mentale qui prévalut pour désigner la maladie de Lasègue, et c'est elle qui est généralement employée aujourd'hui.

Quelle richesse de termes et comme elle laisse prévoir le nombre de théories élaborées pour en expliquer la cause et la pathogénie !

Mais, d'emblée, nous tenons à signifier que l'anorexie mentale n'est pas, comme on l'a cru tout d'abord, une affection hystérique. Charcot lui-même l'a démontré. Nous ne voulons pas dire par là que nous ne rencontrerons pas l'anorexie chez les hystériques; quels signes morbides ces malades ne peuvent-ils présenter ? Mais toutes les anorexies mentales ne sont pas de nature hystérique; elles peuvent se rencontrer sur un terrain pithiatique aussi bien que sur d'autres fonds psychiques.

Nous dirons ensuite, avec Régis, que « Ces malades n'ont ni délire, ni hallucinations et raisonnent parfaitement ». C'est pourquoi nous ne croyons pas pouvoir donner au terme d'anorexie mentale l'extension que lui donne André-Thomas quand il écrit : « Dans un très grand nombre de cas, l'anorexie est liée par son origine à un certain nombre d'états mentaux définitivement classés. Elle se rencontre fréquemment chez les hypocondriaques, les mélancoliques, les persécutés : chez eux, elle découle directement d'une idée délirante. » (*La Clinique*, 13 janv. 1909, p. 33.)

Dans les descriptions des premiers auteurs, nous n'avons

pas trouvé cette idée délirante. Nous ne l'avons pas rencontrée non plus chez les malades que nous avons pu observer. Nous avons constaté, au contraire, comme Régis, qu'en général ils raisonnaient parfaitement. En éliminant les mélancoliques, les hypocondriaques, les persécutés, nous croyons rester fidèle à la description de Lasègue.

Nous devons ajouter, cependant, qu'à une période très avancée de la maladie, des idées délirantes ou des hallucinations pourront apparaître, mais dues à un état confusionnel secondaire à l'inanition.

On pourra nous reprocher de trop restreindre le territoire de l'anorexie mentale. Elles sont mentales, dira-t-on, dues avant tout à un trouble psychique toutes ces anorexies des hypocondriaques, des mélancoliques, etc. Il est vrai. Mais pour rester en accord avec la tradition, nous croyons devoir les éliminer. Nous reconnaitrons bien volontiers, par le fait, que le terme d'anorexie mentale manque d'exactitude. Il existe; il a pris maintenant sa place dans la nomenclature médicale. Nous nous garderions bien de le changer.

N'en est-il pas d'ailleurs souvent ainsi en médecine ? Chaque jour voit se démembrer quelque chapitre de la pathologie, à mesure que les causes, l'anatomie, la physiologie pathologiques nous sont mieux connues.

HISTORIQUE

En 1789, le Docteur Naudeau publie, dans le *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, une observation sur « une maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments ».

C'est là, croyons-nous, la première publication concernant le sujet qui nous occupe.

Dans son *Traité de l'hystérie*, Briquet, en 1859, mentionne une anorexie d'origine nerveuse.

En 1868, à une réunion de la *British Medical Association*, Sir W. Gull attire l'attention sur une maladie caractérisée par une perte d'appétit survenue sans cause et sans lésion organique, accompagnée d'une émaciation extrême; il l'appelle « *Apepsia hysterica* ».

Dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences de Bologne en 1871, Brugnoli, parlant de l'anorexie en général, fait mention de l'anorexie nerveuse.

Mais la description de cette affection a surtout été faite par Lasègue dans un mémoire magistral, paru en 1873. Lasègue l'individualise complètement sous le nom d'anorexie hystérique. Il en fait une « perversion mentale » et accompagne son étude de huit observations, toutes relatives à des femmes âgées de 18 à 32 ans; dans aucun des cas observés par lui, la mort n'est survenue.

La même année, le 24 octobre, à la *Clinical Society* de Londres, W. Gull revient sur sa communication de 1868, rapportant un cas terminé par la mort.

Remarquant que certains anorexiques ne présentent aucun

symptôme d'hystérie, il remplace son appellation précédente par celle « d'anorexie ». Dans la même séance, des observations analogues furent communiquées par le Docteur Quain (1 cas) et par le Docteur Greenhow (2 cas). Un nouveau cas est rapporté à la même Société, en 1884, par le Docteur Dowse.

En 1883, Huchard, rappelant les phénomènes déjà décrits par Gull et Lasègue, insiste sur ce fait que « l'anorexie est entretenue par un état mental particulier », et le premier il la baptise « anorexie mentale ».

La même année, Deniau, dans sa thèse sur « *l'hystérie gastrique* », distingue deux variétés : une anorexie gastrique, dans laquelle la disparition du besoin d'assimiler n'est qu'une conséquence de l'état spécial de la nutrition générale chez les hystériques; chez eux, la désassimilation tombe à son minimum physiologique. « Ce qui distingue cette anorexie de la variété suivante, c'est que non seulement la malade ne maigrit pas du fait de son abstinence instinctive, mais c'est qu'elle ne montre aucune répugnance à se nourrir. » Cependant, ajoute-t-il plus loin, on peut trouver des cas avec amaigrissement et cachexie.

« L'autre variété relève plus d'un trouble mental que d'un trouble digestif »; certains de ces malades ont un goût baroque, et Deniau signale le cas d'une anorexique de Lasègue présentant une appétence spéciale pour la redingote de son professeur de dessin; une autre ne pouvait manger que de la croûte de fromage; une troisième le pain d'un seul boulanger; une autre, enfin, ne pouvait prendre ses repas que debout en portant son assiette de meuble en meuble. « Cette variété, dit Deniau, correspond à l'anorexie mentale de Huchard. »

Gilles de la Tourette et Cathelineau, dans leurs travaux sur la nutrition dans l'hystérie, font ressortir que même les hystériques ont besoin de manger pour vivre et que, par conséquent, l'anorexie, susceptible de terminaison fatale, doit être rapidement enrayée.

En Allemagne, Rosenthal classe cette maladie parmi les névroses de l'estomac et l'attribue à une hyperesthésie des

terminaisons gastriques du pneumogastrique, développant une sensation insolite, très précoce de satiété.

Charcot, en 1887, l'appelle à son tour « anorexie mentale », car il ne trouve pas chez l'anorexique les stigmates : anesthésie, rétrécissement du champ visuel, « qui font rarement défaut chez l'hystérique ».

En 1891, Sollier propose la nouvelle dénomination de « sitiergie hystérique » et la classification en anorexie primitive dans l'hystérie monosymptomatique, et anorexie secondaire à d'autres manifestations de la névrose. Deux cas d'anorexie sont rapportés par le Docteur Wallet, un par le Docteur Féré et un par le Docteur Caryophilis durant l'année 1892.

Dans son *Traité des maladies de l'estomac*, paru en 1893, Bouveret admet avec Sollier l'origine hystérique de l'anorexie nerveuse et maintient la division en anorexie primitive et anorexie secondaire, qu'il avait le premier adoptée.

La Société de pédiatrie de Moscou voit présenter par Kissel, en 1894, un cas d'anorexie hystérique grave, tandis qu'en Angleterre, Collins publie un cas de guérison « d'anorexia nervosa ».

Dans la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1894, Brissaud et Souques rapportent une observation de « délire de maigreur » chez une hystérique. L'anorexie, disent-ils, est « la suite d'une idée fixe, consciente ou subconsciente. Ici c'est le désir déraisonnable de maigrir, là celui de mourir..., c'est toujours un véritable délire... »

Au Congrès de médecine de Lyon, Sollier et Parmentier démontrent expérimentalement que l'anorexie hystérique tient à une anesthésie de l'estomac, dont les variations de chimisme suivent rigoureusement les variations de la sensibilité.

En 1895, Lockart Stephens, Inches, publient des observations typiques « d'anorexia nervosa »; Marshall cite un cas d'origine tuberculeuse; Seltsmann donne un exemple d'anorexie mentale qu'il qualifie « d'anorexie cérébrale ». Gilles

de la Tourette, dans son *Traité de l'hystérie*, retraçant le tableau de la « maladie de Lasègue-Gull », propose le terme d'anorexie primitive.

Au Congrès de Bordeaux de 1895, Sollier abandonne la dénomination de sitiergie pour revenir au terme d'anorexie mentale. « Les deux caractères fondamentaux, écrit-il, sont, au point de vue clinique, l'anorexie d'une part et, de l'autre, un état mental spécial qui l'accompagne et, plus souvent, la précède. » Elle diffère au point de vue évolution et pronostic de l'anorexie hystérique.

Dans la discussion qui suit, Régis, voulant faire ressortir l'influence de la puberté, propose l'appellation « d'anorexie cachectique de la nubilité ».

Debove publie la même année un cas d'anorexie chez une névropathe, présentant non un terrain hystérique, mais des signes de mélancolie. L'année suivante, Dubois (de Saujon) traite favorablement cette affection par des injections hypodermiques de morphine.

En 1877, Sollier, dans *Genèse et nature de l'hystérie*, étudie les modifications de la sensibilité, de la motricité, du chimisme gastrique dans l'anorexie et les réactions volontaires du sujet à l'alimentation. P. Janet et Raymond (1898), Gasne (1900), Chaffey, Raymond, Fernet (1902), Legendre (1903), en publient diverses études et observations.

En 1903, P. Janet étudie l'obsession de la honte du corps, qui s'accompagne toujours d'anorexie.

Dans les *Psychonévroses et leur traitement moral*, Dubois (de Berne) consacre plusieurs pages à l'anorexie mentale.

De nouvelles observations sont publiées par Taylor, Moura en 1904, Buvat, Féré et Girou, Ostheimer, Knapp, Kemp, Raymond en 1905, Friedlander, Nobécourt et Merklen, Laporte en 1906.

Attribuant l'anorexie nerveuse à une perturbation psychosensorielle d'origine cénesthésique, Gilbert Ballet, en 1907, la qualifie « d'anorexie dyscénesthésique ».

En 1908, dans les *Archives de médecine des enfants*, Comby

note que cette maladie « se développe sur un terrain propice : le tempérament nerveux héréditaire, la faiblesse de constitution, etc... Mais tout cela, dit-il, ne fait pas l'hystérie. »

L'anorexie chez les enfants est encore étudiée par Boulade Périgois, Forchheimer, Crozer-Griffith, Filliozat.

D'autres observations paraissent : en 1909, d'André-Thomas, Bérillon, Hutinel, Gilbert Ballet; en 1910, de Tarrus, Legendre, Carr, Sollier, Blum; en 1911, de Poix, P. Janet, Buffet-Delmas. En 1910, Sollier distingue dans l'anorexie mentale diverses formes, dues à des origines différentes. Il les range sous la dénomination générale de « psychopathies gastriques ». Dans *Psychonévroses et leur traitement par la psychothérapie*, Dejerine et Gauckler distinguent l'anorexie mentale primitive et l'anorexie mentale secondaire. L'anorexie mentale primitive s'observerait surtout chez la femme, l'anorexie mentale secondaire, « où la restriction alimentaire se fait en vue d'obvier à des troubles digestifs antécédents », frapperait également les deux sexes.

Dans sa thèse inspirée par Weill, Samal, en 1911, insiste sur les troubles mentaux consistant en changement du caractère, souvent en délire d'indignité. Il insiste sur l'insuffisance ovarienne rencontrée chez de telles malades et lui attribue un rôle pathogénique.

« L'anorexie peut, dit-il, évoluer chez une hystérique, mais ce n'est pas une maladie hystérique. »

D'autres auteurs, Buffet-Delmas, Brelet en 1912, Schnyder en 1913, étudient l'anorexie mentale. Ce dernier distingue une anorexie mentale passive, avec dépression générale, inquiétude, instabilité morale, insomnie, et une anorexie mentale active, trouble « voulu et provoqué » chez des sujets ayant une « nature sensuelle et de la scrupulosité », anorexie qui est pour les malades une « réaction de défense irrationnelle ».

Noguès, dans sa thèse, en 1913, étudie la psycho-physiologie de la faim et ses rapports avec l'anorexie. L'anorexie mentale peut être considérée comme faisant partie du groupe

des psycho-névroses pubérales ou juvéniles. Elle doit être séparée de l'anorexie hystérique, celle-ci se distinguant par la coïncidence d'autres signes d'hystérie et l'absence habituelle de cachexie.

En 1914, Beaumelou insiste sur les différentes théories pathogéniques proposées. « L'ensemble symptomatique qui constitue l'anorexie mentale peut se rencontrer dans des états psychiques très différents », dit Rimbault dans sa thèse. Distinguant un certain nombre de types cliniques, il insiste sur le pronostic de l'affection : « Les anorexiques guéris ont rarement un avenir indemne au point de vue mental. »

Durant ces dernières années, les différents auteurs ont étudié certains points plus particuliers de l'affection qui nous occupe.

Léopold Lévi, en 1922, écrit dans l'*Encéphale* : « Il y a absence de faim par hypothyroïdie sur laquelle se greffe un état psychique qui, à son tour, rend l'anorexie plus profonde et plus durable. » Aussi conseille-t-il le traitement thyroïdien.

Borkman, en 1930, signale un abaissement du métabolisme basal.

Un certain nombre d'auteurs se sont attachés à l'étude du traitement de l'anorexie mentale. Carnot et Libert, en 1922, préconisent le goutte à goutte duodénal, qui tout en mettant au repos l'estomac du sujet permet de remonter son état général. Le traitement par l'insuline est conseillé par Tinel et Santenoise en 1923, puis par Targowla et Lamache en 1926. Même chez les enfants non hérédosyphilitiques, Epagneul a obtenu de bons résultats à la suite d'injections de sulfarsénol.

Enfin, Brétschneider étudie les méthodes de traitement psychanalytique dans l'anorexie des enfants, en 1929.

Les pédiatres, de leur côté, se sont plus particulièrement attachés à l'étude de l'anorexie du nourrisson. Mme Vaudet-Brun y consacre sa thèse inaugurale en 1921, Nobécourt et Maillet en 1927, Tixier en 1928, Lereboullet en 1930, examinent surtout la question du diagnostic différentiel; Epagneul,

Comby en 1927, Caussade et Haushalter en 1931, pensent que pour son développement, un terrain syphilitique, tuberculeux ou neuro-arthritique est nécessaire. Tous s'accordent à reconnaître que l'anorexie mentale vraie du nourrisson est d'un diagnostic difficile et qu'elle est très rare, pour ne pas dire exceptionnelle. Il faut, enfin, signaler les études parues à l'étranger de Greenwald (1923), de Angelis (1924), Moll (1927), Leede (1928), Conybean, VENABLES (1930).

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique de l'anorexie mentale peut être schématiquement divisé en trois périodes :

- 1° Une période de début;
- 2° Une période d'état;
- 3° Une période terminale.

Mais de même que le début passera souvent presque imperçu, le malade diminuant progressivement son alimentation, de même le passage d'une période à l'autre sera tout à fait insidieux. Aussi cette division n'a-t-elle pour but que de rendre plus claire la description des symptômes.

I.^{er} — Période de début.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Cette période est longue et sournoise en général. Il s'agit le plus souvent d'une jeune fille qui réduit peu à peu son alimentation. Les premiers temps, la famille elle-même n'y prend garde, la diminution étant lente et progressive. D'autre part, la jeune fille a souvent pour ceux qui l'entourent une excuse qui semble normale, tellement elle est fréquente dans la bouche d'une jeune femme ou d'une jeune fille : le désir de ne pas engraisser.

D'autre fois, c'est presque brusquement que se fera la restriction alimentaire, et ce sera alors à la suite de phénomènes émotifs, d'ordre sentimental le plus souvent : rupture d'un projet de mariage, décès d'un fiancé, ou découverte de l'adultère de son mari, divorce chez une jeune femme.

Que le début se fasse tout à fait lentement ou d'une manière

assez brusque, la diminution alimentaire va toujours en s'accroissant. Elle est tantôt quantitative, tantôt qualitative : ainsi la réduction ne portera que sur le pain, ou sur la viande, le poisson; dans ce cas, elle se fera en général sur les aliments que l'anorexique croit le plus nourrissants.

Ou bien est-ce là un signe d'un trouble mental particulier; nous verrons en effet, lorsque nous réalimenterons de tels malades, l'obstination avec laquelle ils refuseront longtemps les aliments que dès le début ils avaient éliminés, et tout particulièrement le pain.

Malheur alors au patient à qui un médecin appelé prescrira un régime; c'est une aide qu'il lui porte, l'anorexie va recevoir un coup de fouet.

A mesure qu'est réduite la quantité d'aliments diminue également la sensation de faim. Le sujet n'a plus d'appétit, il n'éprouve pas encore de dégoût. Parfois, le désir de s'alimenter renaît à certains jours, mais tout à fait passagèrement, et le malade refuse tout de même les aliments. Cependant, il ne se plaint de rien, bien souvent il ne s'est jamais trouvé si bien portant; et pour le prouver à qui veut le persuader qu'il est malade, il présente une activité exagérée : le tennis, la bicyclette, la marche, deviennent ses sports favoris. Tous les jours il fait d'interminables promenades. Ses parents le voient faire avec un certain plaisir, espérant que ces exercices augmenteraient son appétit. Il n'en est rien.

Peu à peu, les choses se compliquent; la mère de famille à beau mettre en œuvre toutes les ressources de son imagination pour varier les menus, rien ne le tente : ni les petits plats préparés exprès pour lui, ni les friandises qu'avec amour on lui apporte. Bien plus, il en vient à oublier l'heure des repas, et ce n'est souvent qu'après de longues supplications qu'on arrive à le faire asseoir à la table familiale; c'est une corvée pour lui. Les uns et les autres, prêchant d'exemple, lui répètent qu'il faut manger; il veut bien, mais il ne peut pas. Il cherche dans le plat le plus petit morceau, en coupe une parcelle, pour finalement l'abandonner sur le bord de

son assiette : telle une de nos malades qui, en face d'une tranche de jambon d'York, en éliminait d'abord le gras, puis les parties non homogènes, et arrivait ainsi à la réduire à un morceau de la surface d'une pièce de 10 centimes.

Parfois même, dès le début cette bonne volonté n'existe pas; en tout cas elle est de courte durée et dégénère bientôt en impatience. Le malade se révolte; il refuse catégoriquement ce qu'on lui offre. « A ce moment, l'anorexique ne veut pas manger parce qu'elle ne veut pas. Elle a dit qu'elle ne veut pas manger, et quand elle dit une chose elle la fait. Alors l'anorexie s'établit enfin d'une façon définitive, sans alternatives, sans à-coups, sans retour. » (Sollier.)

SIGNES PHYSIQUES. — A cette période de début, les signes physiques font à peu près défaut. L'amaigrissement est à peine marqué, le teint est bon; souvent se produit une poussée de croissance. La langue est nette et fraîche, l'estomac normal plutôt rétracté que dilaté. Sollier note un peu de diminution de la sensibilité épigastrique et Déjerine de l'hypochlorhydrie. Il existe une légère constipation.

L'auscultation des poulmons ne décèle rien d'anormal; les urines, peu abondantes, sont chargées. Un signe important existe dès ce moment, constant, c'est la disparition des règles. Nous verrons l'importance de ce symptôme au point de vue pronostic.

En somme, le médecin consulté à cette période peut facilement croire à des phénomènes dyspeptiques banaux. C'est pourquoi Janet l'a appelé : « période gastrique ».

II. — Période d'état.

SIGNES GÉNÉRAUX. — C'est la « période de lutte » de Janet. Le malade oppose d'une manière absolue sa volonté à celle de sa famille.

Il ne veut plus paraître à table. Il refuse toute alimentation, n'acceptant que les médicaments qu'on lui donne : ainsi, et

aussi paradoxal que cela puisse paraître, le malade de notre observation I n'acceptait-il de prendre que de la « Carnine Lefranc ».

Si on veut le forcer à s'alimenter, il emploie toutes sortes de subterfuges pour ne pas le faire. Arrivant à posséder une adresse incroyable, il fait subrepticement disparaître les aliments. Innombrables sont les cachettes où il les dissimule; on en trouve dans le lit, dans la table de nuit, dans les poches des vêtements, dans les cheveux, dans les corsages, les souliers, les bas. Le malade dont nous parlons plus haut cachait ses aliments tantôt à l'intérieur de son pantalon, tantôt dans le coussin de caoutchouc sur lequel il était assis. Surpris une fois devant la cheminée de sa chambre, il supplia son infirmière de ne pas y regarder, car, disait-il, il gardait là une statuette de la Vierge à laquelle il tenait beaucoup. L'infirmière ne trouva en fait d'image sainte qu'un petit sac bourré de biscuits et de pain, qu'il avait détournés de ses repas.

Si on force ces anorexiques à s'alimenter, ils vomissent au sortir de table le peu qu'ils ont pris, n'hésitant pas, pour ce faire, à chatouiller leur luette du doigt. En somme, une lutte obstinée se livre, le malade apportant toute son application à en sortir vainqueur.

À cette période, l'anorexique peut rester gai; il présente souvent une quiétude véritablement pathologique en présence de son état physique. Il ressent sans doute une certaine fatigue, mais ne l'avoue pas. Cependant, il diminue ses exercices, les longues marches qu'il faisait autrefois, prétextant maintenant des occupations intérieures.

SIGNES PHYSIQUES. — À ce stade, l'aspect du malade est tout à fait particulier. Son amaigrissement est intense. Il a l'air d'une « momie habillée à la mode du jour » (Noguès). Et, de fait, on se trouve assez vite en face d'un sujet arrivé à un état de cachexie avancée.

Le nez mince et tranchant, deux yeux enfouis au fond de cavités orbitaires profondes, donnent au facies un aspect

impressionnant. Les joues sont creuses, les oreilles décollées, la physionomie est vieillie.

Faisons déshabiller le malade : nous nous trouvons en face d'un squelette recouvert de peau. Le cou mince et allongé est délimité par deux clavicules exagérément saillantes. Les seins n'existent plus, les côtes sont visibles sous la peau. L'abdomen, concave à certains jours, est d'autres fois ballonné; les veines sous-cutanées y tracent des trainées bleuâtres. Les épines iliaques et tout le bassin se dessinent nettement. Les membres sont réduits à la charpente osseuse.

Vu de dos, le malade présente des omoplates rejetées en dehors; les apophyses épineuses se comptent à la vue. Les masses fessières, complètement atrophiées, sont remplacées par une dépression; la peau en est flétrie, plissée.

Ce qui surprend, c'est de voir des malades parvenus à ce stade de déchéance physique se tenir debout et même marcher, c'est d'entendre une voix encore assez forte sortir de ce corps, qu'un rien, semble-t-il, briserait.

« J'ai peur de le toucher, je crains toujours de lui casser quelque chose », disait l'infirmière qui soignait l'un de nos malades.

Le poids a considérablement diminué. Noguès cite dans sa thèse une jeune fille de 24 ans mesurant 1 m. 63 et pesant 18 kg. 700; une autre était passée de 60 kilos à 29; une malade de Dubois était descendue de 49 kilos à 16 ans à 21 kilos huit ans plus tard. Notre malade Pierre M... pesait 24 kilos à 16 ans.

La température est abaissée. La langue est saburrale, l'haleine fétide; le malade a des éructations fréquentes. L'estomac est intolérant, sensible à la palpation, parfois dilaté. Le foie est petit, infantile. La constipation est opiniâtre.

A l'auscultation des poumons, le murmure vésiculaire est diminué, ce qui peut, nous le verrons plus loin, égarer le diagnostic.

Les troubles circulatoires sont presque constants; le malade a des bouffées de chaleur au moindre effort; les pommettes

sont rouges, les mains froides, cyanosées, les ongles bleus ou violets.

Les battements du cœur sont faibles, irréguliers parfois; on compte 40 à 50 pulsations à la minute. La pression artérielle est fortement abaissée, souvent impossible à prendre.

Les urines sont diminuées de volume, très chargées. Elles contiennent peu d'urée et de chlorures, parfois de l'acétone et de l'acide diacétique (Lorenz et von Noorden).

L'aménorrhée est absolue.

L'examen du sang donne des résultats variables suivant les auteurs : pas de diminution du taux de l'hémoglobine ni des globules (Mathieu et Roux), diminution de la masse, polyglobulie légère (Nobécourt et Merklen). Déjerine, au contraire, prétend d'après les recherches faites par Aynaud dans son service qu'il existe une diminution du nombre des globules rouges. Elle peut d'abord n'être pas apparente par suite de la concentration des humeurs; mais on la constaterait dès que les malades auraient été mis au régime lacté à haute dose. Le taux de l'hémoglobine serait parallèlement diminué, tandis qu'il y aurait une augmentation du nombre des globules blancs.

III. — Période terminale.

Quittant peu à peu la période d'état, le malade passe à la phase terminale de sa maladie. Il a épuisé toutes ses ressources et, maintenant, se trouve incapable de réagir.

Dans l'impossibilité de se lever, il reste immobile dans son lit, abattu, alangui, ayant un aspect morne et triste. Il parle avec peine, ne peut plus lire ni écrire, inapte à tout effort intellectuel. Rien ne l'intéresse; tout le laisse indifférent.

Parfois, sentant venir la fin, il accuse son entourage de l'avoir laissé dépérir sans user d'autorité et de force; l'irritabilité du caractère atteint un degré pénible pour la famille.

Les phobies et les hallucinations peuvent apparaître causées par l'inanition.

SIGNES PHYSIQUES. — L'amaigrissement est arrivé à son maximum. La pression de l'abdomen permet de toucher la colonne vertébrale; le foie est petit. Le facies est soit terreux, soit asphyxique. La peau est sèche, rugueuse, pulvérulente. Comby signale la chute des cheveux.

La température est abaissée à 36 degrés et même au-dessous. La langue est sèche, l'haleine forte.

Le poulx, imperceptible, bat à 120-140; les jambes sont œdématisées; l'oligurie est presque absolue, le malade n'urinant que quelques centimètres cubes par nycthémère, sans sucre ni albumine. Les vertiges et les syncopes ne sont pas rares, non plus que les bourdonnements d'oreilles. La respiration est courte, bruyante, l'expiration froide. Le sujet est dans un demi-coma.

Voici d'ailleurs la description que donne Charcot de cette phase ultime de la maladie :

« L'amaigrissement atteint des proportions extravagantes; les malades ne sont plus, sans amplification, que des squelettes vivants. Et de quelle vie ! La torpeur cérébrale a succédé à l'agitation factice du début; depuis longtemps la marche et la station debout sont devenues impossibles; les malades sont confinées au lit, où elles peuvent à peine se mouvoir; les muscles du cou sont paralysés; la tête roule comme une masse inerte sur l'oreiller; les extrémités sont froides, cyanosées; on se demande comment la vie peut subsister au milieu d'un pareil délabrement. Depuis longtemps déjà les parents se sont alarmés; mais l'alarme est au plus haut degré lorsque les choses en sont venues à ce point; elle est du reste bien justifiée, car la terminaison fatale est là, menaçante, et je connais pour ma part au moins quatre cas où elle est survenue. »

Et, de fait, la mort à cette période est presque inévitable.

Mais parfois, avant d'en arriver à un tel état, on voit se produire une amélioration. Tantôt, c'est de lui-même que le malade se décidera à obéir aux ordres du médecin. Plus souvent, la contrainte aura été nécessaire.

Mais, alors même qu'ils veulent se raccrocher à l'existence,

souvent « il est trop tard, et quand ils essaient de manger, ils ne peuvent plus » (Sollier).

Enfin, dans d'autres cas, des complications, dont la tuberculose pulmonaire est la plus fréquente, seront cause de la mort.

DUREE — PRONOSTIC

La durée de l'anorexie mentale est variable, mais en général fort longue. Prise dès le début, elle peut guérir en quelques mois : la guérison la plus rapide obtenue par Lasègue a exigé dix-huit mois.

Sollier estime en moyenne la durée de la maladie de deux à six ou sept ans. Nous-même publions une observation d'anorexie mentale ayant duré dix ans.

Le pronostic immédiat est grave; et cependant dans la littérature, nous trouvons à ce sujet des avis très différents.

Dubois (de Berne) écrit : « Dans cette forme toute mentale d'anorexie, je n'ai jamais observé d'insuccès, quoique dans certains cas la guérison se fasse attendre. »

Pour Bauer : « Il est tout à fait exceptionnel que le réveil de l'appétit se produise trop tard pour que la guérison puisse être obtenue. »

Enfin l'opinion de Lasègue était : « Si fondées que soient les inquiétudes, je n'ai pas encore vu l'anorexie se terminer par la mort quoique, malgré cette assurance expérimentale, j'aie passé par des perplexités répétées. »

Pour d'autres auteurs, au contraire, la mort est assez fréquente : Sir W. Gull en a observé 1 cas; Charcot, 4; Rosenthal, 1 sur 4 observés; Bouveret, 1 sur 8. Sollier croit le pronostic grave. Sur 7 cas étudiés par lui, il en considère 1 comme guéri; sur 2 récents, l'un va vers la chronicité, l'autre vers la récurrence; 1 est franchement chronique; 3 se sont terminés par la mort (deux tuberculoses aiguës, une cachexie progressive).

Enfin, dans leurs thèses, Samy Kamal estime la mortalité à 13,15 p. 100 et Raimbault à 13 p. 100.

A quoi peuvent être attribuées des opinions aussi différentes ? Elles dépendent, croyons-nous, de la période à laquelle ont été observés les malades : au début, la guérison a des chances de se produire ; à la période d'état — à laquelle en général le médecin est consulté — et à plus forte raison à la période terminale, la guérison est plus rare.

Mais une fois la crise d'anorexie mentale guérie, que deviennent ces malades ? Et tout d'abord, les rechutes existent-elles ? Là encore, les avis sont partagés : les rechutes sont exceptionnelles, dit Lasègue ; elles sont fréquentes dit Déjerine. De l'avis de la majorité des auteurs, les rechutes existent et sont fréquentes.

Mais alors même que l'anorexie mentale guérit, l'avenir du malade ne s'éclaircit pas complètement. Longtemps, persistent les troubles du caractère, préexistant d'ailleurs à l'anorexie, et des bizarreries dans la reprise de l'alimentation, comme nous en signalons dans nos observations. Il persiste surtout la constitution grâce à laquelle a pu se développer la maladie.

Mais ces sujets sont-ils dans la suite susceptibles plus que d'autres de présenter des troubles mentaux ? C'est ce qu'il serait intéressant de savoir.

Raimbault, dans sa thèse, remarque qu'il existe dans cette affection des symptômes esquissés d'hébéphrénie : indifférence, aménorrhée, survenant à l'adolescence dans les deux cas. Il cite un cas signalé par Robert Dubois d'anorexie mentale, prodrome de démence précoce ; un de Séglas où la démence précoce est apparue dix ans après l'anorexie ; un cas enfin du même auteur, suivi de bouffées délirantes de persécution, agitation maniaque, phases de dépression, et il conclut : « Les anorexiques guéries ont rarement un avenir indemne au point de vue mental. »

« Après l'anorexie, disait Séglas, reste l'état mental qui en a été l'origine... ; et on est en droit de se demander si, dans certains cas, cet état mental ne serait pas susceptible d'évoluer pour se caractériser sous des formes vésaniques quelconques dont l'anorexie n'aurait été qu'un prodrome. Et

parmi ces formes qu'y aurait-il d'étonnant à rencontrer la démence précoce ? »

Malheureusement, les observations d'anorexie mentale que nous avons pu compiler s'arrêtent avec la fin de la maladie et ne nous permettent pas de savoir ce que sont devenus les malades guéris. L'intérêt serait pourtant considérable de pouvoir résoudre une pareille question.

Existe-t-il enfin des signes permettant de guider le pronostic de l'anorexie elle-même ? Il en est un sur l'importance duquel s'accordent tous les auteurs : de même que tous signalent la disparition des règles dès le début ou même avant le début de l'anorexie, de même tous reconnaissent comme signe favorable le retour de la menstruation.

Un amaigrissement ayant dépassé la moitié du poids du corps (Noguès), le maintien constant du pouls au-dessus de 100 (Raimbault), sont au contraire des signes inquiétants.

Mais surtout le pronostic, quant à la durée de l'affection et quant à la guérison, pourra souvent être tiré de l'examen psychologique. Comme on le verra plus loin, nous diviserons nos malades en plusieurs catégories : chez les uns, une analyse minutieuse permettra de soupçonner la cause de l'anorexie ; chez eux, la psychothérapie aura souvent une action favorable et rapide ; chez les autres, la cause demeure inconnue ; on a alors en général affaire à des malades réticents et seul un traitement sévère et énergique pourra les arrêter dans leur marche vers la mort.

COMPLICATIONS

Les complications pouvant survenir au cours de l'anorexie mentale sont de deux ordres : soit digestives, soit générales.

Les complications digestives sont tout d'abord les gastralgies; elles peuvent aider à l'éclosion de l'anorexie, mais plus fréquemment secondaires, elles jouent un rôle important dans la durée et la ténacité de la maladie. Les troubles dyspeptiques dus souvent à l'abus de médicaments administrés dans le but de faire renaître l'appétit ne sont pas rares; une affection organique gastrique pourra encore venir s'associer à une anorexie mentale.

Mais la complication digestive la plus ennuyeuse est la présence de vomissements, surtout de ces vomissements nerveux qui viennent avec facilité. Outre qu'ils contribuent à déshydrater et à affaiblir davantage le malade, ils apportent un argument de plus à la persistance de son refus.

L'apparition des complications d'ordre général est liée à l'état de faiblesse et de moindre résistance de ces sujets qui les rend plus aptes que quiconque à contracter des maladies contagieuses.

La plus grave, la plus fréquente de ces complications infectieuses est sans contredit la tuberculose, pulmonaire surtout, méningée parfois.

Mais il ne faudra pas oublier que la tuberculose peut être une cause d'anorexie et croire trop facilement à une anorexie mentale compliquée. Marshall cite un cas d'anorexie nerveuse due à une tuberculose latente. Il ne semble pas possible, à la lecture de l'observation, d'attribuer le qualificatif de ner-

veuse à cette anorexie; la tuberculose pulmonaire constatée à l'autopsie pouvait suffire à l'expliquer.

Nous avons déjà parlé, en étudiant la symptomatologie générale, de la possibilité de voir survenir un état confusionnel corrélatif de l'inanition de nos malades; nous n'y reviendrons pas ici.

DIAGNOSTIC

« L'anorexie mentale franchement constituée, écrit Déjerine, est aisée à reconnaître par n'importe quel médecin un peu averti. » Et, plus loin : « Le diagnostic de l'anorexie mentale est extrêmement simple; il suffit d'y songer. »

Par contre, pour Dubois (de Berne) : « Dans bon nombre de cas, il est difficile de dévoiler la nature psychopathique de l'anorexie mentale. » Sollier est encore plus catégorique, puisqu'il écrit : « Le diagnostic est extrêmement délicat. »

En réalité, la situation est différente suivant la période à laquelle se présente le malade, et c'est surtout au début de l'affection que sera ardu le diagnostic.

En face d'un sujet qui se présentera prétendant qu'il n'a pas faim, comme le disent le plus souvent les anorexiques mentaux, le diagnostic comportera deux étapes. Il faudra, après avoir éliminé ce que Déjerine surnommait « l'anorexie sociale » des indigents, considérer si on a affaire à une anorexie en relation avec une maladie organique, puis, toute affection organique étant mise de côté, faire le diagnostic du refus d'aliments dans les affections mentales. Nous croyons d'ailleurs devoir rattacher à l'anorexie sociale de Déjerine cet état d'hypoalimentation progressif dans lequel tombent nombre de vieilles femmes isolées, ennuyées d'avoir à préparer leurs repas et qui arrivent ainsi progressivement à un état de cachexie prononcée.

Diagnostic de l'anorexie d'origine organique.

Le médecin pourra hésiter assez souvent avant de nier l'organicité chez un malade se plaignant de douleurs gastriques, puisqu'elles peuvent exister dans l'anorexie mentale.

Certaines anorexies seront faciles à distinguer : les anorexies des pyrétiques, des convalescents; l'anorexie des urinaires qui survient à un âge plus avancé et s'accompagne de signes d'intoxication urémique.

Parfois, le doute subsistera plus longtemps en face d'une anorexie liée à un cancer; nous avons vu adresser à un service de psychiatrie un malade porteur d'un néoplasme de l'estomac. Cade et Ravaut (*Lyon médical*, 1924) signalent le cas opposé d'une anorexie mentale simulant un cancer de l'estomac.

Les hypohépatiques sont souvent anorexiques, mais d'autres signes de cette insuffisance seront révélés par l'examen.

Plus difficiles à éliminer seront les affections du tube digestif, non pas tant lorsqu'elles se présentent à l'état aigu que par les suites qu'elles peuvent avoir. Aussi, l'examen gastro-entérologique de tels malades qui viendront consulter le médecin, se plaignant de douleurs épigastriques, devra être très attentif et éclairé au besoin par des radiographies, comme dans plusieurs de nos cas. Mais ce qui complique encore le diagnostic, c'est que l'anorexie mentale a été signalée comme s'étant développée chez des sujets ayant présenté, à un moment quelconque de leur existence, des troubles gastro-intestinaux, de quelque durée. La cause passée, ces malades, ayant vu la diète améliorer leur état, persistent à ne pas vouloir manger. Souvent, d'ailleurs, de tels individus ne sont pas des anorexiques mentaux vrais, mais des hypocondriaques.

D'autres fois, des anorexiques mentaux accuseront des troubles digestifs qui seront en relation avec les traitements médicamenteux intempestifs qu'on leur aura fait subir. Certains, enfin, présenteront de l'intolérance lorsqu'on voudra recommencer à les alimenter, leur tube digestif n'étant plus habitué au travail qui lui est demandé. On doit cependant noter la facilité habituelle de réadaptation des voies digestives de nos malades.

Dans chacun de ces cas, il sera parfois difficile de faire le

départ entre ce qui appartient à l'anorexie mentale et à l'appareil gastro-intestinal.

Restent enfin à éliminer quelques anorexies d'ordre plus général : les anémies s'accompagnent généralement d'un certain état d'inappétence; dans les cas frustes, il faudra y songer pour pratiquer un dosage de l'hémoglobine et une numération globulaire. Encore ne faudra-t-il pas prendre l'anémie consécutive au refus d'aliments pour la cause de ce refus.

Une tuberculose pulmonaire donnera souvent lieu à de nombreuses hésitations : nous avons vu que la phthisie pouvait survenir comme complication de l'anorexie mentale. A ce moment, l'anorexique mental se présentera émacié, cachectique, toussant et expectorant. Son anorexie est-elle due à la tuberculose pulmonaire, cause si fréquente d'inappétence, ou la bacillose est-elle venue compliquer le trouble mental ? L'interrogatoire minutieux, faisant bien spécifier les différents stades de l'affection, l'examen de l'état d'esprit du malade, permettront en général de fixer le diagnostic.

Le refus d'aliments dans les affections mentales.

Ici, le diagnostic se fera par l'examen psychique du sujet, et c'est par élimination qu'on arrivera à conclure à l'anorexie mentale.

L'anorexique mental, s'il présente à une certaine période de l'évolution de sa maladie des instants de dépression d'assez courte durée, d'ailleurs due à son état de fatigue physique, diffère du mélancolique par son activité intellectuelle. Chez lui on ne trouve pas cet arrêt de l'intelligence, cette difficulté de réunir ses idées, cette sensation d'effort pour prononcer le moindre mot, propres au mélancolique, mais au contraire un esprit vif, s'intéressant à tout, toujours prêt à discuter. Le mélancolique ne demande qu'une chose : qu'on le laisse tranquille; l'anorexique est fort heureux d'attirer l'attention sur lui, ne désirant être oublié qu'au moment des repas.

La cause du refus d'aliments sera différente dans les deux cas. L'anorexique mental dira qu'il ne veut pas manger parce qu'il n'a pas faim, parce qu'il souffre, etc., le mélancolique accusera une idée délirante d'indignité, de ruine, il ne mangera pas pour se laisser mourir, ou bien son refus d'aliments participera-t-il de cet état d'arrêt où se trouve présentement tout son organisme.

L'hypocondriaque diffèrera de l'anorexique mental en attirant avec insistance l'attention du médecin sur son tube digestif. Tandis que l'anorexique ne mangera pas mais prétendra se bien porter, détournant la conversation des ses troubles physiques, l'hypocondriaque, au contraire, reviendra toujours et sans cesse sur les douleurs qu'il ressent, la difficulté qu'il a de digérer ses repas, le mauvais fonctionnement de son intestin. Sans qu'on l'en prie, il tendra à l'examen médical sa langue et son pouls. Cette manière d'être, toute différente, permettra de faire facilement le diagnostic au moins dans les cas nettement définis.

Le persécuté aussi refusera souvent l'alimentation qu'on lui offre, mais il accusera en même temps ses ennemis de vouloir l'empoisonner, à moins qu'enfermé dans une résistance hautaine, il ne veuille donner aucune explication. Sa manière d'être, une phrase, le trahiront cependant et nous croyons dans ce cas le diagnostic facile.

Bien plus difficile sera souvent celui d'un état dissociatif, d'une de ces formes simples de démence précoce qu'on rencontre souvent en clinique mentale et en face duquel on doit rechercher le moindre signe favorable à son élimination. Le dément précoce refusera sans cause, lui aussi, la nourriture offerte; il gardera assez longtemps un fonds intellectuel intact. Lui aussi présentera de l'indifférence à son sort, des perversions affectives, tous signes qui peuvent exister chez nos malades.

Mais il vivra séparé du monde extérieur, il n'accusera pas comme l'anorexique de l'intérêt pour ce qui se passe chez lui; il n'aura pas cette activité psychique que nous avons signalée comme presque constante et pendant longtemps chez

l'anorexique mental; sa tenue sera plus ou moins débraillée, alors que l'anorexique se fait remarquer par sa coquetterie; il n'emploiera pas pour ne pas manger tous les procédés utilisés par l'anorexique, pareilles initiatives lui étant devenues impossibles.

Quoi qu'il en soit, ce diagnostic est extrêmement difficile à faire, et l'on voit cependant l'intérêt qu'il y a à le porter sûrement, le pronostic sérieux dans un cas, étant désespéré dans l'autre.

Au demeurant, certains auteurs (Séglas, Robert Dubois) n'ont-ils pas rapporté des cas de démence précoce ayant débuté par de l'anorexie mentale ?

L'anorexie mentale chez le nourrisson.

Nous serons bref au sujet de son diagnostic qui sera aussi un diagnostic par élimination. On devra éliminer successivement les fausses anorexies (végétations, pharyngo-spasmes, retard de développement des centres de succion et de déglutition); les anorexies vraies (enfants débiles, enfants de tuberculeux, hérédo-syphilitiques, nourrissons à tempérament lymphatique, les cachectiques, les hypotrophiques, les nourrissons dont l'alimentation est mal réglée, dont le sevrage a été trop brusque, ceux enfin atteints d'affections gastro-intestinales subaiguës ou chroniques).

Alors seulement pourra-t-on penser à l'anorexie mentale, et encore conviendra-t-il de prendre auparavant la précaution indiquée par Tixier (*Monde médical*, 1^{er} oct. 1928) : si l'on pratique des lavages quotidiens de l'estomac huit à dix jours consécutifs, on constate qu'il contient souvent de grandes quantités de mucus épais et de glaires brunâtres malodorantes, dont le rejet est suivi du retour de l'appétit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PERRENS
et de M. le Docteur CHARON.

En avril 1928, se présentait une famille composée du père, de la mère et du fils. Tous trois venaient ensemble consulter le médecin sur les mesures à prendre pour fortifier le jeune Pierre, âgé de 16 ans, qui, depuis plusieurs mois, s'était mis progressivement à diminuer sa quantité de nourriture jusqu'au moment où il décida de ne plus s'alimenter du tout. D'abord, il avait réduit indistinctement le volume des aliments que lui offraient ses parents; ensuite, il en avait supprimé les viandes, puis les légumes, s'était contenté plus tard de fruits dont la quantité diminuait d'ailleurs chaque jour davantage jusqu'au moment où, persuadé que toute alimentation lui faisait mal, il ne prit ni viande, ni légumes, ni fruits et refusa même de boire.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois, ses parents nous apprirent que depuis un mois exactement il ne prenait que deux cuillerées à soupe de « Carnine Lefranc », ce qui surprenait, puisque le malade dont il s'agit avait commencé par la viande ses restrictions alimentaires.

Avant de dépeindre l'état où il se trouvait, il faut remarquer que, pendant notre entretien, son père et sa mère se montrèrent particulièrement agités et anxieux. La mère, toujours très nerveuse, avait fait quelques années auparavant un séjour de six mois dans une maison de santé pour un accès de mélancolie. Il se fait cependant que, durant la maladie de son fils, elle montra plus de courage et de volonté que son mari qui, profondément

abattu, presque désespéré, n'osait prendre aucune décision et ne savait même pas s'il devait souscrire aux conseils que lui donnaient les médecins.

Le jeune Pierre, dès sa première visite, nous parut être dans un état extrêmement alarmant; il était d'une étonnante maigreur : pour une taille de 1 m. 54, on notait le poids de 24 kilos; sa faiblesse était telle qu'il ne pouvait se soutenir ou faire quelque mouvement sans tomber dans une sorte de lipothymie qui donnait les plus vives inquiétudes. Son pouls était incomptable, ses extrémités glacées, sa peau extraordinairement sèche et dure; la résistance qu'elle offrait aux simples injections hypodermiques en était le meilleur témoignage.

Et cependant, une fois assis dans un fauteuil où il n'avait aucun effort à faire, ce garçon parlait, discutait avec beaucoup d'à-propos, continuait à essayer d'exercer sur ses parents sa volonté tyrannique et, ayant décidé de revenir le jour même dans la ville où il habitait, leur démontrait la faute grave qu'ils commettraient en le laissant à Bordeaux et les motifs qui, en bonne logique, devaient les inviter à ne pas se séparer de lui s'ils voulaient éviter une catastrophe imminente. Et il était si persuasif que ses parents, de plus en plus tourmentés, l'auraient effectivement ramené avec eux, si le médecin n'avait pas attiré leur attention sur le danger grave que représentait pour leur enfant le voyage du retour.

C'est qu'en effet, en dehors des phénomènes que nous avons déjà signalés, deux symptômes apparaissaient comme particulièrement alarmants : d'abord, la totale absence d'émission urinaire depuis deux jours; en second lieu, un état confusionnel qui se manifestait immédiatement après les efforts de dialectique auxquels le malade se soumettait. Brusquement, son regard devenait vague, ses idées incohérentes, il parlait à la façon de celui qui exprime sans aucun souci de logique des fragments de rêve, accompagnant ses discours de gestes automatiques dont la signification était impossible à saisir.

Après une séparation tumultueuse, le jeune Pierre fut placé le soir même dans une maison de santé et, le soir même, il prenait le repas qu'on lui offrait : un verre à bordeaux d'eau de Vichy une

deux heures avant le repas, puis un bouillon de légumes, une purée de légumes, une banane et une infusion. Il est vrai de dire qu'il lui avait été affirmé que, malgré l'appréhension qu'il en avait, il arriverait à supporter facilement les aliments qu'on lui donnait grâce à certaines précautions (repas pris au lit, cataplasme électrique sur la région épigastrique une heure avant toute alimentation, pendant le repas et après le repas).

Le malade affirma que, pendant tout le temps de son dîner et plusieurs heures après, il avait souffert beaucoup.

Cela ne l'empêcha pas de continuer à s'alimenter plus copieusement les jours suivants, tout en récriminant de la même manière.

Mais ce qui troubla beaucoup le médecin, ce fut pendant les quarante-huit premières heures du séjour à la maison de santé, le fait que le jeune malade n'émit pas une goutte d'urine. Quand les urines revinrent, l'analyse en fut faite aussitôt : elles étaient épaisses mais ne contenaient aucun élément anormal.

Pierre resta douze jours à la maison de santé. Ses parents étant venus le voir, il leur fit une scène terrible, leur reprocha leur cruauté et, sur l'assurance qu'il donnait : que, d'une part, il était très maltraité (alors qu'on l'environnait du plus affectueux dévouement); que, d'autre part, il mangerait plus facilement avec ses parents qu'à une table étrangère, il repartit pour le Gers. Il avait engraisé de deux kilos.

Ce que le médecin prévoyait arriva. Pierre reprit ses fâcheuses habitudes d'hypoalimentation, ne consentit à prendre dans sa journée que deux ou trois petits biscuits et deux cuillerées à café de confiture. Il recommença à maigrir.

C'est alors que commença pour lui un traitement sur la nature duquel la famille se montra toujours extrêmement discrète. Pierre fut confié aux bons soins d'un charlatan qui prétendait connaître la maladie dont il était atteint et se faisait fort de la guérir bien vite. Il voyagea avec son jeune malade, profitant de l'occasion pour exercer sur lui une psychothérapie qu'il disait salutaire, fit dépenser à la famille une somme de 70.000 francs, et lui remit son enfant au mois de septembre de la même année, plus asthénique qu'il n'avait jamais été, sans lui avoir fait réaliser le moindre progrès.

Pierre était trop faible à cette époque pour se rendre chez le médecin. Celui-ci, invité à le voir chez des parents, le trouva étendu sur son lit, incapable du moindre mouvement, parlant d'une voix blanche et très mal assurée, et cela pour discuter encore et toujours les bonnes raisons qu'il avait de conserver son régime végétarien, qui consistait à avaler chaque jour le jus de quelques grains de raisin, puisque, chaque fois qu'il prenait d'autres aliments, il ressentait des douleurs violentes, vomissait ou était pris de crises de hoquet intolérables.

On fit une injection hypodermique de sérum physiologique; quelques centimètres cubes à peine étaient injectés lorsque le jeune malade eut une syncope d'où il eut beaucoup de peine à revenir; un moment, on le crut mort.

Deuxième placement dans une maison de santé, nouvelles récriminations à propos de la nourriture, discussions constantes au sujet des biscuits qu'on lui laissait choisir. Le « petit beurre » que lui offrait son infirmière n'était-il pas plus gros que celui qu'il aurait pris lui-même dans la boîte ? Il fallait vérifier, soupeser, calculer avant de prendre celui qui, étant le plus petit, offrait le moins de danger.

Notons pourtant que ce garçon, qui inventait les ruses les plus subtiles pour ne pas prendre toute la nourriture qu'on lui donnait, qui, à volonté, régurgitait celle qu'il avait déjà prise, la dissimulait dans sa main d'abord et ensuite dans ses mouchoirs, la cachait dans la cheminée de sa chambre, dans son pantalon, ou à l'intérieur du coussin de caoutchouc sur lequel il reposait, ce même garçon mangeait quelquefois en secret une partie des aliments qu'il avait d'abord refusés.

Grâce à la surveillance de son infirmière, il parvint à s'alimenter, engraisa de 700 grammes en onze jours, en perdit ensuite 400, mais, comme il devenait de plus en plus difficile, agressif, violent parfois, on parvint à faire admettre à sa famille la nécessité de le placer dans une maison où la discipline serait plus stricte, où il serait surveillé par des infirmiers sous la direction d'un médecin qui le verrait chaque jour, autant que cela serait utile. C'est alors qu'il fut placé au Castel d'Andorte.

A ce moment, son état général était très précaire, son poids était de 26 kil. 800. Sa maigreur était extrême. Habillé, ses vêtements flottaient autour de lui. Sa face était décharnée; deux grands yeux y faisaient des trous sombres dont il augmentait la profondeur en les cernant au crayon noir; son nez long et mince pointait entre deux pommettes saillantes; les joues n'étaient plus que deux cavités; il était d'une pâleur blafarde. Son corps était celui d'un squelette. Sur deux membres inférieurs dont la graisse et les muscles avaient disparu, ses hanches saillaient osseuses, tandis qu'au niveau du tronc les côtes et les apophyses épineuses pouvaient être comptées rien qu'à la vue. Ses omoplates, dont la musculature avait fondu, étaient rejetées en dehors. Son abdomen était tantôt aplati, d'autres jours, au contraire, ballonné, présentant un réseau veineux superficiel développé. On ne trouvait aucun signe neurologique particulier.

La température oscillait entre 35°2 et 36°4; le pouls, entre 50 et 65; la pression artérielle était de 9 x 5. Le tour de poitrine mesurait 0 m. 60 La force dynamométrique était de 17 kilos pour la main droite, 15 kilos pour la gauche. L'examen des urines n'indiquait rien d'anormal, si ce n'est une légère augmentation de l'indican; celui des selles montrait une utilisation alimentaire excellente.

Contrastant avec un état physique aussi précaire, le fonds mental était encore bon. Une conversation un peu longue était pénible, mais Pierre n'émettait aucune idée délirante. Son intelligence était au-dessus de la normale, sa mémoire très bonne. Il avait été bon élève et affirmait déjà des dispositions et un goût marqué pour le commerce, un jugement plein de sagesse, aucune affaire importante ne se traitant dans la maison de son père sans qu'on lui eût demandé son opinion. On doit signaler cependant qu'à côté de pensées graves pour son âge, quelques propos traduisaient de temps à autre la persistance d'un certain infantilisme mental.

Il était aimable avec les personnes qui l'entouraient, particulièrement avec le médecin, ne se gênant pas pour les couvrir d'injures aussitôt qu'elles étaient parties.

Des conversations que nous eûmes avec lui et surtout de sa correspondance précieusement recueillie, on peut tirer d'utiles indications quant à son caractère.

Il faut noter tout d'abord le goût qu'il avait de sa maigreur, la satisfaction manifeste qu'il en éprouvait; il s'obstinait à en accentuer tous les caractères, augmentant soigneusement au crayon le cerne de ses yeux, et même ajoutant quelquefois dans les parties les plus creuses de ses joues un peu de poudre bistre.

De sa toilette, il prenait un soin jaloux, lustrant avec précaution ses cheveux qu'il avait très noirs; puis il mettait une certaine affectation, même quand il faisait assez chaud, à se donner l'air plus malade qu'il n'était en enveloppant son cou et ses épaules d'un fichu de laine blanche, à la façon d'une petite vieille.

Il ne craignait pas de créer des mises en scène effrayantes pour essayer d'impressionner sa famille et ses amis, montrant par là une tendance très nette à la fabulation.

Les lettres les plus dramatiques, il les écrivait froidement; c'était des procédés de chantage qu'il développait sans la moindre tristesse.

Une de ses lettres à sa mère porte ces mots : « Enfin, tu dois le penser, si je t'écris, ce n'est pas pour te raconter ma misérable vie ici et mon ardent chagrin, mais bien pour t'adresser la dernière, la suprême prière, celle qu'un pauvre mourant adresserait à la mort : viens me chercher, c'est ton devoir. Je t'attends fermement mardi sans faute. C'est mon dernier coup, le dernier effort qu'il me soit possible de faire; après, ne pouvant plus moi-même supporter mon chagrin, j'en finirai : j'ai trouvé un moyen bien sûr, cette fois... »

Une autre raconte des événements inexistants : « La nuit, tout seul dans cette chambre, me désespérant comme d'habitude, j'ai essayé de me pendre avec les rideaux, ça n'a pas coulissé; j'en ai été poussé à attendre le veilleur de nuit derrière la porte pour l'assommer avec une chaise et ensuite, profitant de cette porte ouverte, m'enfuir en pleine nuit par n'importe quel temps, bravant tous les risques, au risque même d'en mourir... »

Souvent encore il joue de la corde familiale, parlant de sa vieille grand'mère, si vieille qu'il ne la reverra pas s'il ne revient tout de suite chez lui. Témoins toujours de cet amour de la mise en scène ses lettres portant en tête une croix mortuaire, adressées à ses maîtres ou à ses camarades de collège.

D'autres fois, au contraire, ce sont des lettres menaçantes, pleines de méchancetés contre ses parents qui ont voulu se débarrasser de leur fils, etc.

A côté de cette tendance à la fabulation, Pierre montre des pensées orgueilleuses indiscutables. « Je vous le dis aujourd'hui et solennellement, je me suis moi-même écrasé sous le nom que j'avais à porter. Qu'on songe qui je suis, quels sont mes capacités morales et mes sentiments et... ma cause est plaidée... »

Quelle belle satisfaction de soi-même !

Non indifférent à sa situation, il est heureux qu'on s'occupe de lui, qu'on s'apitoie sur son sort, et tout, sa manière de parler, l'air maladif de sa physionomie qu'il rend plus impressionnante encore par les moyens que nous avons dits, tout tend vers ce but : attirer l'attention sur lui.

Interrogé sur ses sentiments intimes et particulièrement sur l'éveil de sa vie sexuelle, il ne donnait aucun renseignement, faisant semblant de ne pas comprendre.

Mais nous avons été frappé du fait que, lorsque sa mère venait le voir, il l'enlaçait d'une manière particulièrement violente et affectueuse à la fois, que ses effusions ne ressemblaient nullement à celles d'un fils qui a plaisir à retrouver sa mère, mais qu'elles semblaient témoigner d'autres sentiments. Et cette hypothèse se confirmait davantage lorsqu'on s'apercevait qu'il lui donnait de longs baisers sur la bouche, ce qui était depuis toujours une habitude contre laquelle personne chez lui n'avait songé à protester.

Ses lettres, au demeurant, venaient confirmer ces faits troublants; ce sont bien souvent de véritables lettres d'amant enflammé à sa maîtresse que celles adressées par ce fils à sa mère. Qu'on en juge.

« Mon désespoir, mon chagrin, ma soif de toi n'ont et ne peuvent plus, j'en suis sûr, rester sans écho dans ton cœur... ». Et encore : « Je ne t'ai pas. Et je pense à ton réveil dans mon lit, je me dis : Elle est là, il me semble que comme autrefois je perçois ta respiration et je sens ta chaleur... ».

...« Et vous, toi, maman, la cause de tout cela, toi qui es cause

que mon cœur saigne si fort, je veux t'avoir... » « ...Toi, ma petite Lili, ma petite sœur chérie, te souviens-tu de ton petit Pierrot ? Te fais-tu une idée exacte de cette oppression perpétuelle qu'il a de se mourir de toi... »

...« Oh ! tant pis si c'est ridicule et si le docteur va se moquer de moi, mais tu m'étouffes, ma grande chérie, et je voudrais pouvoir donner libre cours aux millions de mots passionnés et d'amour qui s'échappent de ma bouche malgré moi et qui s'adressent à ma petite poupée absente ! Oh ! ma petite sœur, laisse-moi te redire les mots qui débordent de mon pauvre cœur... Oh ! ma petite chatte, si maintenant tu pouvais voir dans mon cœur, t'y trouver, y lire ce qui s'y passe, ce serait une ivresse passionnée ! Maman, maintenant, le mal dont je souffre, le mal qui mine mon être, c'est la passion, la passion de toi, la passion dans toute l'acception du terme : irraisonnée, folle, exaltée, peut-être, hélas ! égoïste... Oh ! maman, je t'en prie, crois que sans toi la vie de ton Pierrot n'est plus tenable car, comme de la soif, il se meurt de toi et tu es son unique idée. C'est fou, c'est irraisonné, je le sais, je l'avoue, mais rien que ton idée déclenche mes larmes. Larmes d'amour ? larmes de joie ? larmes de tristesse ? je ne sais. Mais tout cela suffit bien à nous prouver que nous sommes deux êtres trop anormaux, que nous ne pouvons nous quitter. Il a fallu que je sois séparé de toi pour être à même de constater que tu n'es que moi-même, que je suis un tronc partagé... Oh ! ma douce chérie, c'est toi le rossignol de mon cœur, mon souffle, mon inspiration, ma joie et ma gaité... la deuxième âme que tu m'étais me manque ; si j'étais Pierrot, c'est parce que tu y étais, et c'est toi qui me créais... »

Un autre fait curieux à noter, c'est que Pierre, alors qu'il refusait toute nourriture, exerçait sur sa mère un véritable tyrannisme pour la faire manger ; jamais il ne trouvait son alimentation suffisante, surveillant ses repas et exigeant d'elle avec obstination qu'elle mange toujours davantage.

La discipline à laquelle il fut soumis dès son entrée au Castel d'Andorte fut sévère ; les visites des parents furent complètement supprimées et l'alimentation étroitement surveillée.

Ayant repris un peu de poids, Pierre commença à faire des promenades, quelques exercices méthodiques. Ainsi, peu à peu, son état général s'améliora. La température et le pouls remontèrent progressivement vers la normale. La taille passa de 1 m. 54 à 1 m. 56; le poids de 26 kil. 800 (28 oct. 1928) à 40 kilos (21 oct. 1929). Le périmètre thoracique, qui était de 67-62 en janvier, était de 76-70 en août.

Lorsque Pierre quitta le Castel d'Andorte, le 29 octobre 1929, l'état général était bon, l'état mental amélioré; il mangeait seul, continuant cependant à refuser la viande, mais ayant un régime végétarien suffisant. Trois mois après son retour chez lui, il mangeait comme tout le monde.

Nous l'avons revu souvent depuis cette époque; sa santé est excellente; il dirige avec intelligence la maison de commerce paternelle.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PERRENS.)

En juillet 1929, je fus appelé par un confrère auprès d'une jeune fille de 26 ans, Pauline D..., qu'on disait atteinte d'anorexie mentale, et qui l'était en effet. Elle était d'une extraordinaire maigreur. Et cela s'explique.

Deux ans auparavant, Pauline D..., ayant eu, paraît-il, à subir les moqueries peu discrètes de ses amies au sujet de son embonpoint, qu'elles trouvaient excessif, avait entrepris une cure d'amaigrissement. Elle réussit d'une manière si complète que, quelques mois après, son médecin lui découvrait les premiers signes d'une tuberculose pulmonaire.

La jeune malade consentait à absorber des médicaments, mais non à prendre une alimentation convenable. Les lésions pulmonaires évoluèrent d'abord au milieu du syndrome classique avec des températures souvent élevées. Chose curieuse, à partir du moment où Pauline D..., au lieu de faire des efforts pour se mieux nourrir, n'en fit que pour lutter contre son entourage afin de réduire encore son alimentation et se borner à une quantité minime

de compote qu'elle pesait elle-même à la balance, les lésions pulmonaires cessèrent d'évoluer et l'hypothermie remplaça la fièvre. La chose a été bien précisée par le médecin traitant. Coïncidence ? Cela dura plusieurs mois, jusqu'au jour où se déclara une granulie qui emporta rapidement la malade, en décembre 1929.

Lors de notre première consultation, il nous fut donné de voir une malade littéralement cachectique, dont le pouls était incompréhensible et les forces si réduites qu'elle était condamnée à demeurer au lit.

Sa coquetterie n'avait pourtant pas désarmé : à sa coiffure, à la façon dont son visage était soigneusement fardé, ses ongles polis et carminés, à ses attitudes, se reconnaissaient son souci d'être belle et sa croyance d'y avoir réussi.

Au demeurant, si réticente, puis si manifestement agressive, qu'il fut impossible de procéder à un examen psychologique quelconque. Sa déclaration faite qu'elle avait voulu maigrir et que pour rien au monde elle ne voudrait engraisser, que tous les aliments la faisaient d'ailleurs souffrir, elle se refusa à toute confiance sur son passé, à tout aveu sur ses dispositions présentes et bien plus encore à reconnaître ce que sa conduite avait d'anormal. Elle parlait avec facilité, riait et plaisantait lorsqu'elle parvenait à détourner momentanément l'attention de l'objet de la consultation, devenait morose quand on le lui rappelait et se prenait à dire du mal de son infirmière, à qui elle faisait la vie particulièrement dure, plus de mal encore de son père, qui conservait vis-à-vis d'elle un semblant d'autorité.

On la vit une deuxième fois un mois plus tard. Elle se montra si hostile que tout examen sérieux fut impossible. Elle n'avait suivi aucune des prescriptions qui lui avaient été ordonnées. Sa maigreur s'était encore accentuée, ce que l'on n'aurait pas cru vraisemblable. Son hypothermie persistait. Quant à son animosité contre son père, elle revêtait une forme brutale et parfois grossière, que ses motifs avoués ne pouvaient expliquer. Impérieusement, Pauline D... exigeait l'éloignement de celui qu'elle représentait comme responsable de ses misères. Les médecins en parlèrent à M. D... : « Cette malheureuse est incompréhensible,

dit-il, dès que je ne suis plus à la maison, elle m'écrit des lettres d'une tendresse débordante. Voyez la dernière. » Nous ne pouvons en publier le texte. Il est certain que cette lettre n'était pas seulement tendre. Un ton de passion véhémence y dominait à partir des premiers mots : « Mon adoré... » Il eût été difficile de deviner sans être averti par M. D... que c'était là une lettre d'une fille à son père.

Autre particularité. Pauline D... commandait avec autorité et tout le monde obéissait. Le médecin traitant nous assura que sa malade imposait à ses hôtes, et surtout à son amie préférée, de manger plus qu'ils ne pouvaient le faire. Cédant à ses prières et à ses menaces alternées, l'amie préférée avait mangé si copieusement le jour de notre visite que, prise d'indigestion, elle vomissait dans l'escalier pendant que nous tâchions d'interroger Pauline.

Jusqu'au dernier moment, la malade continua à s'insurger contre ceux qui lui conseillaient une alimentation plus normale, qui la pressaient d'augmenter de quelques grammes la ration ridicule qu'elle pesait pour ses repas.

OBSERVATION III.

(Ch. PERRENS et A. DONNADIEU.)

Jeanne C..., 28 ans, célibataire, habitant les Deux-Sèvres, vient nous consulter le 9 octobre 1931. Un mot du médecin de sa famille rend compte qu'elle est malade depuis dix ans, mais ne donne aucun renseignement sur l'origine de l'affection, non plus que sur les symptômes qui se sont manifestés en cours de route. Nous apprenons par la malade elle-même et par son père que les premiers troubles se sont produits alors qu'elle avait 18 ans, un mois après le mariage de sa sœur jumelle, qui est bien portante ainsi que les six autres enfants de la famille, dont aucun n'a, paraît-il, le moindre stigmate de nervosisme.

Anorexie dès le début, précisons, manque d'appétit absolu, du moins si l'on en croit les déclarations de la malade; les repas étant un vrai supplice, elle réduisait la quantité de ses aliments à une

dose infime. Le résultat fut l'amaigrissement progressif de plus en plus effrayant. Lorsqu'elle était trop maigre, elle recommençait à manger petitement, prenait un peu de poids et en profitait aussitôt pour réduire à nouveau son alimentation. Les choses restèrent en l'état pendant près de dix ans.

Depuis, quelques mois, changement important : Jeanne C... a faim, même très faim, mais, dès qu'elle absorbe sa nourriture, elle ressent des malaises, des douleurs dans la région de l'estomac, des vertiges, des nausées et se prend à vomir. Il est vraisemblable qu'elle conserve tout de même une partie de sa nourriture, car, bien que très maigre, elle n'a pas l'aspect cachectique de tant d'anorexiques.

L'examen physique ne révèle aucune lésion. Des radiographies nombreuses ont été faites qui n'ont pu démontrer aucune affection grave des organes digestifs; une légère ptose de l'estomac et du rein droit, un ballonnement intermittent du ventre accompagnant une constipation d'ailleurs assez opiniâtre, une douleur minime à la pression de l'ovaire gauche, sans défense musculaire, tels sont les seuls signes que l'on peut constater à son sujet.

Le cœur est normal, mais la tension si faible qu'il est impossible de la mesurer; entre les divisions 11 et 9 de l'oscillomètre de Pachon, l'aiguille oscille d'un quart de degré environ, et c'est tout.

La malade mesure 1 m. 54 et pèse 36 kilos. Les urines contiennent un peu plus d'indican qu'à l'état normal. Les règles manquent depuis dix ans. On ne trouve aucun signe de la série neurologique.

Que penser d'une affection qui dure depuis si longtemps, qui n'a pas altéré l'intelligence de la malade qui est plutôt brillante, mais qui a influé à coup sûr et gravement sur son caractère ?

Jeanne C... manque d'entrain, bien qu'elle rie volontiers; elle se déclare pessimiste, a cessé depuis longtemps de penser à son avenir, tant elle était préoccupée dans le présent par ses réflexions sur ce qu'elle devait manger et surtout ne pas manger.

Depuis quelques mois pourtant elle a songé, et c'est un réconfort pour elle, à se faire infirmière, moyen d'échapper à la surveillance de sa famille, d'une part, et, aussi, d'avoir l'occasion de

se dévouer aux malades, ce dont elle a un désir de plus en plus ardent.

Elle est coquette, ne s'afflige pas de sa maigreur et s'étonne qu'on puisse la lui signaler comme une offense à la beauté, car elle a la conviction contraire. Elle travaille à de menus ouvrages, lit une partie de son temps, mais se reconnaît cependant insociable puisqu'elle tend toujours davantage à rechercher l'isolement, à « s'agacer » des conversations de ses parents et de ses anciennes amies. Au demeurant, elle se montre confiante vis-à-vis de son médecin et ne fait aucune difficulté à lui révéler certains faits de sa vie intime dont on va voir l'importance.

Jeanne C... est devenue malade, un mois après le mariage de sa sœur jumelle, à qui elle ressemble si étrangement que ses parents eux-mêmes s'y trompent. Pendant les fiançailles de celle-ci, elle assistait aux entrevues des deux fiancés, prenait part à leur conversation et n'avait pas vis-à-vis de son futur beau-frère une attitude sensiblement différente de celle de sa sœur. Jamais il ne lui sembla qu'elle en fût amoureuse; elle ressentait pour lui de l'affection, une amitié vive dégagée de tout autre souci.

Or, pendant que duraient les fiançailles, elle avait l'espérance d'être demandée en mariage par un jeune homme dont elle avait fait la connaissance la même année; le mariage de sa sœur ne devait, d'après ce qu'elle croyait, précéder le sien que de quelques semaines. Mais, sa sœur étant mariée depuis un mois, le garçon sur lequel comptait Jeanne C... quitta la région sans faire sa demande. Quelques jours après, la jeune fille devenait anorexique. Il est bien certain qu'elle ressentit vivement le dépit d'un pareil abandon; elle n'aimait cependant pas d'amour le fiancé escompté. Mais, en même temps qu'elle accordait à celui qui l'avait quittée des regrets très sincères, elle se trouva prise dans d'autres complications sentimentales.

Depuis le mariage de sa sœur, elle rêvait à peu près chaque nuit que son beau-frère venait la trouver et usait d'elle comme de sa femme. Ces rêves, d'abord plaisants, ensuite voluptueux, se transformèrent assez vite en cauchemars, à cause de la présence presque constante de la sœur véritablement mariée qui gênait ses propres expansions.

Est-ce à partir de ce moment, ou à la période des rêves heureux que Jeanne C... fut saisie de remords ? Elle crut que, sans favoriser le développement de pareils rêves, elle en était en grande partie responsable et qu'elle accomplissait chaque nuit, qu'elle eût du plaisir ou qu'elle n'en eût pas, un acte immoral et une trahison à l'égard de sa sœur.

La fatigue de ces nuits tourmentées, la peur de tromper sa sœur, le regret de n'avoir pas le mari qu'elle souhaitait et avec qui elle eût pu, sans pécher, accomplir les actes qu'elle se reprochait, la plongèrent dans une véritable détresse, qui disparut en grande partie le jour où elle se décida ou de mourir ou de s'infliger une punition exemplaire. C'est à partir de cette époque que les phénomènes d'anorexie s'installèrent, pour durer le temps que l'on sait.

Ces explications, qui ont l'air d'avoir été fournies par la malade parce qu'elle en avait une conscience claire, ne purent l'être qu'avec l'aide du médecin. Jeanne C..., en effet, ne voyait d'abord dans sa propre histoire que la date d'apparition des premiers symptômes morbides et leur variation dans le temps. Ce fut pour elle une révélation soudaine, et qui, on le verra, produisit d'heureux effets, qu'il pouvait y avoir entre sa maladie, sa déception et le mariage de sa sœur une relation de cause à effet.

C'est alors qu'elle rappela spontanément ses rêves, son humiliation, ses remords, et qu'elle se souvint tout à coup que c'était justement à cause de ses rêves qu'elle était tombée dans l'état qu'elle nous avait dépeint.

Rassurée sur son irresponsabilité, sur le caractère humain de ses rêves, elle se reprit à manger aussitôt abondamment, sans nausées, sans vomissements consécutifs. Elle retrouva une gaieté profonde, une joie de vivre qu'elle ne connaissait plus depuis dix ans, devint plus sociable, plus active, et plus abondante surtout en projets de toutes sortes, se réjouissant maintenant de penser à son avenir et de l'imaginer tel qu'elle le souhaite.

En quelques jours, du 11 au 25 octobre 1931, son poids passa de 36 kilos à 37 kg. 600.

Faut-il croire à une victoire définitive ? Ces malades sont souvent bien décevantes. Alors que tout le monde la félicitait de sa

bonne mine, Jeanne C... ne nous a-t-elle pas déclaré qu'elle avait peur d'engraisser ? Ne nous a-t-elle pas dit au cours d'une conversation : « Il ne faut pas que je rentre chez moi, je me mettrais à ne plus manger. »

Il est certain que la psychothérapie a eu sur elle un heureux effet, qu'elle l'a débarrassée d'un souci qui avait été bien lourd et que, dans la suite, elle avait partiellement oublié en créant de toutes pièces le protocole de son affection, mais qu'elle n'a pas eu le privilège de transformer de fond en comble son caractère, qui, de tout temps et de son propre aveu, avait été remarquable par ses sautes d'humeur, sa sensibilité et ses caprices.

OBSERVATION IV.

(Ch. PERRENS et A. DONNADIEU.)

D... (Jacques), 17 ans, élève d'une école de notre ville, vient nous trouver en avril 1931, conduit par le médecin de sa famille, qui nous donne quelques renseignements sur l'histoire de la maladie.

Jacques D... avait été de tout temps hypersensible et un peu capricieux; il travaillait cependant d'une façon plus que satisfaisante, faisait de grands progrès et aurait obtenu, sans difficulté semble-t-il, le brevet qu'il désirait si sa santé lui avait permis de se présenter au concours. On n'avait relevé rien de particulier dans ses antécédents personnels, et nous devons dire ici que ses antécédents héréditaires ne purent jamais être précisés.

La maladie pour laquelle on venait nous consulter avait commencé six mois auparavant, dans une période où le jeune garçon se surmenait afin de se maintenir au premier rang des élèves de sa classe. Les parents ne pouvaient dire s'il avait diminué sa nourriture, parce qu'il était déjà très fatigué, ou si l'état précaire où on le voyait était consécutif à son alimentation insuffisante; l'examen de notre malade nous permettra de résoudre cette question.

Quoi qu'il en soit, Jacques D... mangeait, au hasard semble-t-il,

une partie de plus en plus minime des plats qu'on lui présentait. Puis il renonça à la viande, au pain, aux légumes et, enfin, aux fruits, dont il prenait une quantité si modeste qu'elle était absolument insuffisante à le soutenir.

Mais quand ses parents insistaient pour forcer ce qu'ils croyaient être sa mauvaise volonté, il consentait, après bien des difficultés, à accepter un peu de légumes, se refusant avec beaucoup d'obstination et, quelquefois, de l'agressivité, à absorber la moindre parcelle de viande, la moindre miette de pain. Le pain surtout lui faisait horreur; l'eau lui inspirait une crainte très vive. Aujourd'hui encore, parvenu qu'il est à une hygiène alimentaire meilleure, il ne consentirait pas à boire une goutte d'eau pure ou mélangée à du vin.

Plusieurs médecins l'avaient examiné tour à tour. Des radiographies avaient été faites, des diagnostics avaient été affirmés, et l'on crut d'abord que l'attitude de notre malade était commandée par des troubles digestifs graves, de l'entérite, de la constipation, une ptose généralisée des organes abdominaux. L'événement montra l'influence prépondérante d'éléments purement psychiques dont nous reparlerons.

Au moment de notre premier examen, Jacques D... se présentait avec tous les symptômes d'une profonde misère physiologique : maigreur considérable, asthénie si profonde que le jeune malade, autrefois habile à tous les sports et, d'ailleurs, extrêmement robuste, pouvait à peine marcher, se traînait chez lui de fauteuil en fauteuil et ne paraissait heureux que lorsque, isolé dans sa chambre, il se reposait sur son lit. Un regard éteint, une voix si faible qu'on avait peine à l'entendre, de la pâleur du visage, des extrémités glacées, un pouls absolument incomptable, des bourdonnements dans les oreilles, tels étaient les symptômes qu'il présentait et qui, on doit l'avouer, étaient loin d'être rassurants.

Pour une taille de 1 m. 78 son poids était de 44 kilos; il avait pesé 65 kilos.

L'examen viscéral ne montrait rien d'anormal, pas plus d'ailleurs qu'une étude neurologique approfondie.

Avant d'en arriver à ce point, alors que sa déficience physique

augmentait chaque jour, Jacques D... continuait à se montrer soucieux de sa toilette, de ses vêtements, de leur coupe et de leur couleur, n'était indifférent à aucun de ces artifices qui augmentent à ses propres yeux le prestige d'un jeune homme, à la disposition de sa coiffure, au lustre de ses cheveux, à l'éclat de ses ongles, qu'il polissait soigneusement; et il eût été très malheureux si, de la poche gauche de son veston, n'avait émergé la pochette de soie de couleur assortie à sa cravate.

Cette constance dans la coquetterie montrait que, dans une large mesure, il avait conservé avec une certaine affection de sa personne le goût des relations sociales. Il parlait volontiers, discutait longuement parfois avec ses partenaires, s'efforçant d'ailleurs de démontrer à ses parents qu'il avait de bonnes raisons de se conduire comme il le faisait, soutenant de longues luttes avec eux pour justifier son abstinence exagérée. Il lisait, s'intéressait aux affaires de son père et aux succès de ses frères un peu plus âgés que lui. Il fallut qu'il arrivât au dernier degré de l'asthénie pour qu'il fût obligé de se replier sur lui-même, afin de diminuer les efforts qu'il avait poursuivis jusqu'alors.

Notre premier entretien devait nous donner une grande satisfaction. L'histoire de la maladie nous ayant été racontée par le médecin de la famille, il ne nous parut pas utile d'en faire rappeler les différents épisodes par le patient lui-même. Et voici en quelques mots, sinon toute notre conversation, du moins son sens véritable.

Le Médecin : « Je connais tout le détail de vos aventures et de vos misères, du moins dans ce qu'elles ont eu d'apparent pour ceux qui vous approchaient. Je ne voudrais ce soir vous donner qu'une simple indication. Vos troubles, qui paraissent si complexes et pour lesquels déjà on vous a donné des explications qui n'ont satisfait personne, ont une origine à laquelle vous avez peut-être vous-même pensé. Beaucoup de jeunes gens nerveux, ou si vous le voulez émotifs à l'excès, sont atteints de tourments identiques. Veuillez remarquer que c'est à l'âge où ils cessent d'être enfants, pour devenir des hommes. Ce n'est ni leur intestin, ni leur estomac que l'on doit incriminer; une autre fonction

qui s'est établie à la puberté, en se développant, par les modifications physiques qu'elle entraîne et les profonds changements qu'elle provoque dans les pensées et dans les sentiments du jeune garçon, lui fait prendre parfois une attitude d'effroi vis-à-vis de ce qu'il comprend mal, vis-à-vis de la nouvelle personnalité qu'il sent se former en lui. Avez-vous l'impression que l'on vous offre là un sujet de méditation utile ? »

Le malade ne répondit que par un « oui » à peine perceptible, mais en même temps son regard s'illumina singulièrement, quelques secondes à peine. Il fut ensuite facile de savoir que, dans la période de fatigue où l'avait mis la préparation de ses concours, il avait commencé pour la première fois de sa vie à avoir des rêves érotiques, accompagnés de pollutions voluptueuses. Cé phénomène, qui, d'ailleurs, augmentait la dépression physique, l'avait, paraît-il, effrayé beaucoup, lui avait laissé une telle honte que jamais il n'eût osé en parler à ses parents et que jamais spontanément il n'en eût dit un mot à ses divers médecins.

Comme on s'étonnait de la part d'un garçon intelligent qu'il ait montré une telle réserve, il devint réticent, cessa de faire des confidences et l'on n'en sut pas davantage ce soir-là.

Malgré cette insuffisante liquidation morale, la certitude que le jeune malade acquit que son mal était des plus curables et surtout que, sous une forme ou sous une autre, il était fréquent chez beaucoup de jeunes gens, que des rêves dont on n'était pas responsable ne devaient pas conduire au remords et à la tristesse, tout cela fit que, le soir même, notre malade se prit à manger tout le repas qu'on lui offrait, dans une maison de santé où on l'avait isolé et qu'il continua, le lendemain, à s'alimenter copieusement. Il le fit même avec un tel enthousiasme que, deux jours après, il avait une indigestion. On crut qu'un pareil incident l'arrêterait dans ses progrès; il n'en fut rien. Rapidement, il reprit du poids et une mine excellente.

En cours de route, on crut devoir tenter de poursuivre plus loin l'examen psychologique. On n'obtint qu'une explication supplémentaire : c'est que sa révolte contre lui-même ne venait pas, au fond, de ce qu'il faisait des rêves érotiques, mais de ce qu'une

personne qu'il environnait d'un grand respect était justement celle qui intervenait dans ses rêves. Il ne fut pas possible de savoir de qui il s'agissait. Mais ce qui montre bien que Jacques D... se condamnait à se priver de nourriture, comme pour s'infliger une punition méritée, c'est qu'il fit à plusieurs reprises l'aveu qu'il avait toujours conservé son appétit et qu'il résistait de toutes ses forces à la tentation de céder à sa faim. Et s'il ne cédait pas devant sa famille, de temps en temps, quand il croyait ne pas être observé, il lui arrivait de grapiller dans la coupe restée sur le buffet, de manger quelques biscuits, de boire un peu de vin.

Jacques D..., revenu dans sa famille après trois semaines passées dans une maison de santé, continua à se nourrir d'une façon suffisamment abondante pour reconstituer ses muscles, prendre la carrure d'un garçon robuste. Infatigable à la marche, il mène dans la mesure où le lui permettent ses études une vie de plein air très favorable à sa santé physique et à son équilibre moral. Il fait preuve d'une intelligence lucide, travaille avec beaucoup de profit.

De ses craintes anciennes, de ses scrupules sexuels, il lui reste une grande timidité vis-à-vis des femmes, une gêne visible des conversations où l'on parle d'elles; de ses mauvaises habitudes alimentaires, persiste la crainte de manger du pain et de boire de l'eau.

On espère qu'il ne s'attardera pas à ce dernier stade, qui est pour les anorexiques « guéris » une sorte de transition entre le régime pathologique et le régime normal.

OBSERVATION V (Personnelle).

V... (Germaine) est une jeune fille de 16 ans qui se présenta à nous fort amaigrie, au mois de juin 1931. Ses traits étaient tirés, ses yeux, fort grands, paraissaient plus profonds encore, entourés d'un cerné marqué, qui faisait mieux ressortir son état de faiblesse. Elle parlait d'une voix éteinte, lentement, paraissant faire un effort physique assez considérable pour tenir une conversation.

Cet état de fatigue générale était consécutif à son refus systématique de toute alimentation depuis déjà huit mois, si bien que son poids était descendu de 49 à 38 kilos.

Elle ne donnait d'autres causes de son refus que la peur de souffrir, le moindre repas lui causant, disait-elle, des douleurs intolérables. Appelée à préciser la date d'apparition de ces phénomènes douloureux, elle avoua ne les avoir ressentis que depuis cinq mois et garda un silence plein d'obstination lorsqu'on lui fit remarquer la précession du refus alimentaire sur l'apparition des douleurs.

Quoi qu'il en soit, son état général commençait à être assez précaire, sa maigreur considérable; ses mains longues et fines étaient presque squelettiques; elle se plaignait d'une céphalée tenace. Son sommeil était très mauvais, non qu'il fût agité de rêves ou de cauchemars, mais remplacé par de longues heures de veille, durant laquelle elle voyait se dérouler dans son esprit, « comme en un film cinématographique », les événements de la vie courante.

Le cœur battait lentement : 56 pulsations à la minute. Les urines étaient diminuées de volume. Les règles avaient disparu depuis plusieurs mois. La motricité, la sensibilité et la réflexivité étaient tout à fait normales.

Germaine V... était une jeune fille intelligente et instruite; seule, sa maladie actuelle l'empêchait de continuer sa préparation au concours d'entrée à l'Ecole normale d'institutrices. Sa conversation était agréable; elle se tenait au courant des nouveautés littéraires, passant son temps à la maison de santé à lire des romans et des revues.

Elle était mise avec une agréable coquetterie, désirant surtout de ne pas engraisser.

Elle accueillait doucement le médecin, parlait aimablement avec lui, gardant cependant un silence obstiné, quoique toujours polie, lorsqu'on venait à parler de sa maladie. Cette obstination, d'ailleurs, atteignait son maximum au moment des repas, et l'infirmière chargée de la surveiller ne pouvait lui faire absorber le moindre aliment.

Elle paraissait avoir gardé à sa famille rancune des efforts

qu'elle avait faits pour la faire manger, avant de la mettre dans une maison de santé.

D'ailleurs, ses parents étaient si différents d'elle. Leurs goûts, leurs habitudes, étaient ceux de paysans, et elle se sentait malheureuse de vivre au milieu de gens aux idées si étroites et si vétustes. Afin de ne plus demeurer dans ce milieu, elle avait décidé de se faire institutrice, ardemment désireuse qu'elle était — et elle s'en sentait déjà capable — de s'installer un « chez-soi » coquet, où tout serait disposé selon ses goûts de jeune fille moderne.

Une seule personne trouvait grâce à ses yeux : son frère, lui-même élève d'une Ecole normale d'instituteurs. A lui seul, elle réservait ses amabilités, lui préparant affectueusement des gâteaux, dont il était friand. Et elle le forçait d'en manger plus qu'il n'aurait voulu, depuis qu'elle-même refusait toute alimentation.

Très réticente au sujet de sa maladie, elle l'était encore bien plus lorsqu'on l'interrogeait discrètement sur ses sentiments intimes et sur les faits qui avaient pu accompagner chez elle l'évolution de la puberté. Elle feignait souvent de ne pas comprendre les questions posées; elle n'avait qu'une seule grande amie qu'elle considérait comme une bonne camarade. Mais, ajoutait-elle cependant : « Elle m'écrit tous les jours, et de sa part c'est plus que de l'affection. » Invitée à préciser ce qu'elle entendait par là, elle garda un silence opiniâtre.

Nous l'invitâmes à nous montrer quelques-unes des lettres de cette amie; elle nous promit de le faire, mais, lorsque nous la revîmes quelques jours après, elle prétendit ne plus en recevoir, sa camarade ayant perdu son grand-père.

Nous pûmes observer Germaine V... pendant les trois semaines qu'elle passa à la maison de santé, mais sans arriver à obtenir d'autres renseignements.

Devant le refus persistant de Germaine V... à s'alimenter, on fit entrevoir à la famille la nécessité qu'il y aurait à la mettre dans une maison de santé à discipline plus sévère. Placé en face de cette éventualité, son père la ramena chez lui, et depuis ce jour nous ne savons ce qu'elle est devenue.

REMARQUES SUR NOS OBSERVATIONS

*De quelques signes particuliers
qui ne semblent pas avoir encore été signalés.*

Avant d'aborder l'étude de la pathogénie de l'affection que nous étudions, jetons un regard en arrière et examinons ce qui nous a paru particulièrement intéressant dans l'examen de nos malades. Cela nous permettra de constater en même temps la présence d'un certain nombre de signes que nous n'avons vus signalés nulle part : en particulier, la coquetterie que ces malades ont de leur maigreur, le tyranisme alimentaire imposé par l'anorexique à une personne de son entourage, et les perversions sexuelles qui nous conduiront d'ailleurs à grouper ces individus en trois catégories distinctes.

L'anorexie.

Nous tenons tout d'abord à signaler qu'aussi paradoxal que cela puisse paraître, nos malades ne sont pas toujours des anorexiques, ou du moins ne le sont pas primitivement. Nous l'avons indiqué dans notre introduction, le mot anorexie, c'est-à-dire perte de l'appétit, ne traduit qu'imparfaitement l'affection que nous avons décrite. Sollier, déjà, insistait sur ce fait, et nos observations n'ont fait qu'en confirmer l'exactitude.

Une de nos malades (obs. III) prétendait avoir présenté dès le début son inappétence, mais il semble bien que pour les autres il n'en a pas été de même et que le refus d'aliments a été l'événement primitif. Et même il a parfois été

le seul élément, puisque Jacques D... (obs. IV) avoua à plusieurs reprises qu'il avait toujours eu une faim atroce, et qu'il luttait souvent pour ne pas succomber à la tentation de se nourrir. Il résistait d'ailleurs en public, mais prenait de-ci de-là quelques aliments lorsqu'il croyait ne pas être vu. Il devait en être de même pour le jeune Pierre (obs. I) qui fut surpris plusieurs fois, grignotant les biscuits qu'il avait refusés durant le repas.

Aussi ne faudrait-il pas voir dans la perte d'appétit la cause de la maladie et croire que les malades refusent toute alimentation parce qu'ils n'ont pas faim.

Et, en passant, nous voulons dire la même chose des phénomènes douloureux accusés par certains malades et présentés par eux comme la raison d'être de leur restriction alimentaire. Certes, nous croyons possible que des sujets réduisent leur alimentation parce qu'ils ont présenté à un moment quelconque des phénomènes gastralgiques; mais ce fait même doit inciter à la méfiance, faire discuter attentivement le diagnostic et éliminer minutieusement l'hypochondrie avant de conclure avec fermeté à l'anorexie mentale.

Ce qui se voit au contraire, chez les anorexiques mentaux, ce sont des douleurs secondaires à l'amaigrissement. Germaine V... (obs. V) prétendait ne pas vouloir manger de peur de souffrir, mais, interrogée avec soin, elle était obligée de reconnaître qu'elle avait réduit son alimentation depuis huit mois, alors qu'elle ne souffrait que depuis cinq.

Ce fait doit conduire le médecin à toujours faire spécifier très exactement les dates d'apparition des divers phénomènes; au besoin, sera-t-il prudent de ne les faire indiquer qu'en des séances séparées, en les notant chaque fois attentivement, afin que le malade, trop porté à fournir une explication qui lui paraisse devoir satisfaire celui qui l'interroge, ne puisse changer consciemment et faussement l'ordre chronologique des événements.

Nous ne voulons pas terminer ce paragraphe consacré à

la question de l'anorexie proprement dite sans dire un mot de la façon dont se font, d'une part, progressivement, la diminution alimentaire et, d'autre part, la reprise de l'alimentation.

La restriction est tout à la fois quantitative et qualitative et nous avons constaté d'une façon générale qu'elle portait tout d'abord sur le pain, puis sur la viande, ensuite sur le poisson et les légumes, de même que du côté des boissons l'eau était en premier lieu supprimée. Nous avons vu dans l'observation de Pierre (obs. I) l'étrange paradoxe qui lui avait fait très rapidement refuser la viande, alors qu'en dernier lieu il n'acceptait plus que de la « Carnine Lefranc ».

Ces bizarreries qui existent dans la période de restriction, nous les retrouvons lorsque nous voulons à nouveau alimenter les malades. Noguès (obs. VIII) cite le cas d'une jeune fille qui, guérie, ayant repris une alimentation normale, conservait cependant un dégoût marqué pour le vin.

Certains de nos malades ont présenté pareilles étrangetés. Pierre persista pendant trois mois, après avoir quitté la maison de santé, à ne pas manger de viande, et Jacques D... (obs. IV) refuse encore, plusieurs mois après sa guérison, alors même qu'il a repris ses études, de manger du pain et de boire de l'eau, acceptant en revanche tout autre aliment et se montrant fort amateur de champagne.

Activité intellectuelle.

De l'examen des malades dont nous avons rapporté les observations dans ce travail, il ressort que ces sujets présentent une activité intellectuelle parfaitement conservée. Tous étaient intelligents et avaient, aux dires de leur entourage, très bien réussi dans leurs affaires ou leurs études, jusqu'au moment où l'état de cachexie avancée dans laquelle ils étaient tombés était venu interrompre leur travail.

Même dans cet état, il nous a paru qu'une vie intellectuelle intense persistait en eux; non seulement ils parlaient avec

abondance, discutaient de leur maladie avec leur entourage et le médecin, quittes à retomber épuisés après une conversation un peu longue, mais encore ils conservaient un intérêt puissant pour tout ce qui se passait autour d'eux.

Pierre continuait, tant dans ses entretiens avec sa famille que dans ses lettres, à se tenir au courant des événements de la vie familiale, des affaires commerciales que dirigeait son père, des améliorations de la technique automobile qui l'avait toujours passionné, compulsant avec avidité les catalogues des différentes marques et était capable de donner un avis assez entendu sur les avantages de telle voiture sur telle autre.

Germaine V..., alors même que, très faible, elle pouvait à peine quitter le lit qu'elle occupait dans la maison de santé où on l'avait transportée, continuait à lire les derniers romans parus, à consulter les revues littéraires, en discutant avec plaisir avec le médecin lorsqu'il venait la voir.

Les anorexiques mentaux, au moment où par suite de leur état de fatigue ils sont arrêtés dans leur vie physique, ne présentent aucun arrêt ni même aucun ralentissement de leur vie psychique. Et, par ce point déjà, ils doivent être soigneusement différenciés des mélancoliques.

De plus, ce sont des sujets gais, aimant plaisanter, ne s'arrêtant de le faire que lorsqu'il s'agit de leur réalimentation.

Et nous tenons à bien insister sur cette différence essentielle qui existe entre les anorexiques mentaux et les mélancoliques, car certains extraits des lettres de Pierre (obs. I) pourraient faire croire qu'il présenta à certains moments des idées de tristesse. Le ton de ces lettres ne doit pas nous égarer; toutes, elles étaient écrites avec un grand sang-froid et sans la moindre affliction. Si l'on survenait au moment où Pierre les écrivait, il s'arrêtait aussi bien pour rire et plaisanter. Nous insisterons plus loin sur l'amour de la mise en scène et du chantage que présentent ces malades; c'est à cet amour qu'il faut attribuer les passages attristés des

lettres de Pierre, qui ne traduisaient en rien les sentiments intimes de celui qui les écrivait.

Coquetterie.

Nous avons décrit en détail dans nos observations la coquetterie de nos malades. Elle existait chez tous, garçons ou filles. Jeanne C..., Germaine V..., Pauline D..., prenaient grand soin de leur personne et de leur habillement; Pierre et Jacques D... lustraient avec soin leur chevelure, soignaient leur costume; l'un d'eux polissait ses ongles avec l'application d'une grande coquette. Et tous gardaient ce souci d'eux-mêmes, alors qu'ils étaient déjà dans un état physique alarmant et semblaient employer à ces soins le restant de force qu'ils possédaient.

Mais ils présentaient, en outre de cette coquetterie que nous pourrions qualifier de normale, une coquetterie vraiment pathologique de leur maigreur, qui les faisait se trouver beaux, alors que leur état squelettique choquait toutes les lois de l'esthétique.

Qui plus est, Pierre, trouvant sans doute insuffisant son aspect cachectique, l'accentuait encore par certains artifices : le crayon noir passé plusieurs fois dans la journée agrandissait le cerne de ses yeux, tandis que la poudre ocre approfondissait le creux déjà fort grand de ses joues concaves.

Et cette peur d'engraisser, alors que seule la peau recouvre encore leurs os, n'est-elle pas elle-même un phénomène étrange ? Les auteurs ont insisté sur la peur de l'embonpoint présentée par beaucoup d'anorexiques mentaux et ont cru y découvrir la cause de la maladie; mais ils n'ont pas, croyons-nous, signalé ce plaisir qu'éprouve l'anorexique à contempler sa cachexie et à s'y complaire opiniâtement.

Nous ne chercherons pas à expliquer ce phénomène, erreur de jugement considérable, contrastant étrangement avec la conservation intégrale de l'intelligence de tels malades.

Amour de la mise en scène.

Cette coquetterie dont nous venons de parler peut donc être divisée en deux parties : d'une part, le plaisir que le malade éprouve pour lui-même de se voir dans l'état où il est, et d'autre part, la coquetterie que nous pourrions appeler sociale, celle qui consiste à se parer, et surtout à accentuer les signes de sa maigreur, afin que les autres n'y soient pas indifférents. Par ce deuxième caractère, la coquetterie peut entrer dans le paragraphe que nous consacrons maintenant à l'amour de la mise en scène, si chère à nos malades.

Ce besoin de fabuler se traduit d'ailleurs par d'autres signes. Nous l'avons signalé en citant des passages des lettres de Pierre (obs. I) : un jour, il racontait sa fuite de la maison de santé, sous la pluie et le vent, qui donnaient à son récit une tournure dramatique; une autre fois, des tentatives de suicide inexistantes ou d'attaques de ses gardiens, si invraisemblables lorsqu'on connaissait l'état de faiblesse de Pierre qu'elles eussent porté à rire si la narration n'en avait été adressée à des parents dont on peut comprendre l'inquiétude.

Mise en scène, chantage aussi, que les termes débordants d'affection qu'il employait pour parler de sa pauvre vieille grand'mère dont la mort, quelques mois plus tard, ne viendrait que fort peu attrister son égoïsme.

Car ces sujets sont de grands égoïstes, alors même que leurs paroles ou leurs écrits semblent prouver un immense désintéressement et une affection sans bornes pour leur famille.

En réalité, une seule chose les occupe : c'est leur moi. Tout doit tourner autour d'eux. Ils aiment se faire prier, supplier et Dieu sait quels efforts sont faits et quelles supplications prononcées par une mère, affolée de voir ainsi dépérir son enfant. Rien de tout cela ne les émeut ni ne les attendrit. Bien au contraire, ils accentuent encore leur aspect

inquiétant, afin qu'on fasse toujours plus attention à eux, eux dont on doit s'occuper, car ils en sont dignes.

Quel orgueil est le leur ! « On sait qui je suis, quelles qualités sont les miennes », écrivait Pierre; et Germaine V... ne dissimulait pas la honte qu'elle avait de ses parents paysans.

Tyrannisme alimentaire exercé sur une personne de leur entourage.

Nous en arrivons maintenant à un fait étrange, surprenant, que nous n'avons trouvé signalé nulle part, et qui, par sa fréquence et le paradoxe qu'il crée, mérite d'être souligné.

Nous voici en présence de malades qui, sous aucun prétexte, ne veulent absorber la moindre nourriture et qui, d'autre part, forcent une personne de leur entourage à manger plus qu'elle ne peut. Ce fait, nous l'avons rencontré chez Pierre, qui tyrannisait ainsi sa mère; chez Germaine V..., qui se conduisait de même sorte envers son frère, et chez Pauline D..., qui obligeait son amie à en faire autant.

Nous pouvons remarquer tout de suite que la personne sur qui s'exerce ainsi la tyrannie de l'anorexique est le plus souvent celle qu'il aime le mieux. Nous avons vu l'amour de Pierre pour sa mère, et nous avons observé que la seule personne de sa famille pour qui Germaine V... éprouvait de l'affection était justement son frère. Etrange paradoxe, que de vouloir imposer à l'être le plus chéri ce qu'on ne veut accepter pour soi-même.

Nous verrons plus loin que dans un grand nombre de cas, nous n'osons dire dans tous, il semble que l'on puisse considérer le refus d'aliments comme une punition inconsciente que s'impose l'individu pour des amours que son être intime considère comme anormales et de nature franchement incestueuse dans quelques-uns de nos cas. Pareils faits pourraient être interprétés comme un acte de masochisme inconscient

que s'infligerait l'anorexique; par contre, l'obstination qu'il met à vouloir faire manger toujours davantage la personne à qui va son amour nous paraît pouvoir être qualifiée de sadique.

Curieux ensemble que ce mélange chez un même sujet de masochisme et de sadisme.

Troubles de l'instinct sexuel.

Puisque nous sommes ainsi arrivé à parler des troubles sexuels que présentaient nos malades, nous croyons devoir nous y arrêter plus longuement. Ils nous serviront plus tard à donner une explication pathogénique de l'affection et par les différents aspects sous lesquels ils se sont présentés, vont maintenant nous permettre de grouper les anorexiques mentaux en trois catégories distinctes.

Nous devons dire tout d'abord la fréquence de ces troubles, rarement signalés dans les observations que nous avons dépouillées. Pourquoi ? Nous l'avons déjà dit, par suite d'une insuffisance de l'examen psychique, d'un examen en profondeur pourrions-nous dire.

Sollier, toutefois (*Revue de médecine*, 1894, p. 625), cite une observation intéressante à ce sujet. A la suite d'un vaginisme prononcé qui rendait les rapports avec son mari incomplets et pénibles, une femme devint obsédée par des idées macropsiques. Cette macropsie sembla être la cause de l'anorexie mentale qui débuta peu après son mariage.

La honte du corps, à laquelle Janet, Raymond, rattachent l'anorexie mentale, n'a-t-elle pas elle-même un caractère sexuel ?

Régis insiste, lui aussi, au Congrès de Bordeaux (1895) sur la honte que présentent certaines jeunes filles à constater chez elles les transformations corporelles que cause la puberté.

Noguès (obs. V) cite le cas d'une jeune anorexique obsédée par les remords créés en elle par un onanisme juvénile.

Mais, en dehors de ces auteurs, les autres observations sont muettes sur cette question. Sans être un défenseur des doctrines de Freud, on est obligé de reconnaître que celles-ci ont eu l'avantage d'attirer l'attention sur l'importance que peut avoir dans certains cas un trouble de l'instinct sexuel.

Ce fut incidemment d'ailleurs qu'en face des anorexiques mentaux, nous fûmes poussé à diriger notre exploration de ce côté : une visite de la mère de Pierre à son fils en fut la cause. Ayant assisté à leurs effusions amoureuses, telles que nous les avons décrites dans l'observation I, nous pensâmes à interroger dans la suite les malades à ce sujet; la correspondance que Pierre envoyait à sa mère était venue aussi éveiller nos soupçons. Les constatations que nous fîmes furent assez différentes et nous permettent de grouper nos malades en trois catégories.

1° Il est des cas où l'examen reste à peu près négatif. Certaines phrases prononcées par Germaine V..., l'obstination qu'elle mettait, alors que fort intelligente, à paraître ne pas comprendre les questions posées, faisaient naître en nous une suspicion bien légitime; mais nous ne pûmes obtenir aucune confirmation.

2° D'autres malades niaient opiniâtement tout trouble, toute inquiétude sexuelle; rien à l'examen ne venait les déceler jusqu'au jour où le père (obs. II) montrant une lettre de sa fille, la surveillance de la correspondance de Pierre à sa mère, mettaient à jour d'une façon éblouissante l'existence d'un amour incestueux de ces malades pour un de leurs parents.

Qu'on ne vienne pas nous accuser d'interprétations symboliques de rêves ou de pensées; non, cet amour incestueux saute aux yeux de qui veut bien lire les passages des lettres de Pierre que nous avons cités sans en rien déformer. Et la manière dont il enserrait sa mère et l'embrassait sur la bouche confirmait encore la perversion de ce malade.

Nous citons ces faits; rien, si ce n'est le rapprochement de ces individus de ceux de la troisième catégorie, ne nous

permet d'affirmer, comme le feraient les partisans de la psychanalyse, que l'anorexie était la conséquence de ce complexe d'Œdipe. Ces troubles de l'instinct sexuel étaient-ils simplement parallèles aux troubles de l'instinct de conservation, nous n'osons conclure.

3° La troisième catégorie comprend, au contraire, des malades qui permettent d'interpréter plus facilement les rapports existant entre les troubles sexuels et l'anorexie mentale.

Nous avons vu l'inquiétude que causaient à Jacques D... (obs. IV) les rêves érotiques qu'il faisait, non, semble-t-il, à cause de leur caractère voluptueux, mais à cause de l'intervention dans ces rêves d'une personne digne de son respect, qu'on ne put d'ailleurs lui faire désigner de façon plus explicite.

Nous avons vu aussi le trouble qu'éprouvait Jeanne C... (obs. III) à la suite des rêves où l'intervention de son beau-frère lui donnait l'impression qu'elle trahissait sa sœur.

Ces deux malades n'étaient pas comme ceux de la deuxième classe leurs troubles sexuels; de plus, ils ne s'en rendaient pas compte.

Seules coïncidaient dans leur récit les dates de début de l'anorexie et des rêves érotiques. Mais, d'eux-mêmes, ils n'avaient pas remarqué cette coïncidence, et ce ne fut que lorsqu'on leur eut suggéré qu'entre l'inquiétude provoquée par leurs rêves et la restriction alimentaire à laquelle ils se condamnaient, pouvaient exister certains rapports, qu'ils précisèrent, d'eux-mêmes cette fois, quelques faits. Il ne restait plus qu'à calmer leurs scrupules et le jour même ils se remettaient à manger.

Nous verrons plus loin le rôle que l'on peut attribuer dans la pathogénie de l'affection à ces troubles sexuels demeurés inconscients et la part qu'ils paraissent prendre à la création de l'anorexie. Nous constaterons qu'à eux seuls ils ne semblent pas pouvoir la déterminer, qu'il faut en plus un terrain psychique anormal lui permettant de se développer et de durer.

Mais il nous paraît, en bonne logique, difficile dans ces deux cas de ne pas attribuer à l'inquiétude sexuelle un rôle étiologique. L'acceptation de l'explication par le malade lui-même et les résultats thérapeutiques, vraiment étonnants par leur brusquerie, qui en sont la conséquence, contrastant avec la nécessité de la contrainte chez ceux qui se refusent à ouvrir la porte de leur vie intime, viendraient encore confirmer notre hypothèse.

PATHOGENIE

Ce n'est que fort hésitant que nous nous acheminons sur un terrain aussi instable. S'il est parfois difficile de donner une explication pathogénique d'une affection organique, combien est-il plus risqué encore de le faire pour une maladie psychique. Rien, en dernier ressort, ne viendra prouver de façon absolue l'exactitude de nos hypothèses, qui, en définitive, ne resteront que des hypothèses.

Avant d'examiner la pathogénie de l'anorexie mentale telle que nous l'avons décrite, nous nous bornerons à dire un mot de celle que l'on a signalée chez les enfants. N'en ayant jamais observé, nous ne pourrions, quant à ses causes, que rapporter ce qu'en ont dit les pédiatres. Tous s'accordent à signaler la nécessité d'antécédents particuliers, où le neuro-arthritisme, la syphilis ou la tuberculose des parents joueraient le rôle principal. C'est l'opinion de Caussade et Haushalter, Comby, Epagneul.

Lereboullet, reconnaissant lui aussi l'importance de pareils antécédents, attribue un rôle particulier au souvenir qu'ont les enfants d'avoir été mal nourris.

Après ce que nous avons dit de l'anorexie dans le chapitre précédent, il nous semble difficile d'attribuer à la perte d'appétit le refus d'aliments.

Et nous ne voyons pas comment pourrait agir une insuffisance endocrinienne autrement que par la disparition de la sensation de la faim. Pourtant, Tarrius, Léopold Lévi, incriminent l'insuffisance thyroïdienne; Kamal, dans sa thèse inspirée par Weil, l'insuffisance ovarienne. La disparition absolue des règles peut être considérée comme une preuve

de cette insuffisance; peut-être existe aussi l'insuffisance thyroïdienne. Nous n'avons pu, et nous le regrettons, pousser nos recherches dans ce sens. Mais, de toute manière, la perte d'appétit n'étant en général que secondaire, ces insuffisances ne peuvent être le *primum movens* de l'anorexie mentale. Elles-mêmes doivent être secondaires à un trouble psychique que nous avons laissé soupçonner à la fin du chapitre précédent.

On sait aujourd'hui, et les travaux de Santenaise en particulier ont attiré l'attention sur de tels faits, les actions réciproques que jouent les uns sur les autres le psychisme et les organes de la vie végétative. Le trouble mental que nous essaierons de définir plus loin peut retentir sur le fonctionnement de la glande thyroïde, qui sera secondairement cause de l'anorexie.

Il faut donc chercher, croyons-nous, dans une étude psychologique des malades l'explication de leur affection. Car nous ne pouvons admettre comme cause d'une maladie capable de guérir après une seule séance de psychothérapie (obs. III et IV) un facteur organique. Et, cependant, Sollier, dans son rapport au Congrès de Bordeaux (1895), écrivait : « Je serais tenté de considérer l'anorexie mentale comme un trouble d'origine centrale ayant son point de départ dans un développement anormal du système nerveux de la vie organique, épuisé spontanément à un moment donné, sans autre cause en quelque sorte que d'être incapable par usure, comme chez un vieillard, de fournir à un fonctionnement plus complet et plus long... »

Comme nous nous sentons, au contraire, plus proche de Régis, discutant les conclusions du rapporteur, lorsqu'il attribue l'anorexie à un trouble psychique. Avec raison, croyons-nous, il élimine le désir de maigrir, donné si fréquemment dans les observations comme cause de l'affection : « Au début, elles ont parfois le désir de se faire maigrir, écrit-il, mais ce désir est si commun chez les jeunes filles de cet âge qu'il ne peut pas être considéré comme vraiment patholo-

gique. Beaucoup de jeunes filles, en effet, au moment de leur puberté, passent par un état mental assez curieux : fortement impressionnées par les modifications physiologiques que subit leur corps, elles deviennent comme honteuses de leur transformation, et, par une sorte de pudeur inconsciente, mêlée parfois de coquetterie ou de pieux effroi, elles regardent comme laid, sinon comme coupable, le développement si matériellement réaliste de leurs attributs sexuels. C'est là un état d'âme pour ainsi dire climatérique, quelque chose comme la révolte de l'enfant qui disparaît devant la femme qui commence. Aussi le désir de maigrir, de rester svelte, c'est-à-dire de revenir à l'indécise sexualité des formes antérieures, est-il une cause fréquente, plus fréquente qu'on ne le croit peut-être, de l'abstinence alimentaire de certaines jeunes filles. »

Cette explication est sans doute vraie dans un certain nombre de cas; elle a, de plus, le mérite d'attirer l'attention sur l'origine psychique et même sexuelle de l'anorexie mentale.

Les cas que nous avons rapportés ne semblent pas dépendre de cette honte de la puberté, mais certains nous paraissent pouvoir très clairement être expliqués psychologiquement : nous voulons parler de ceux que nous avons classés dans la troisième catégorie (obs. III et IV).

Jeanne C... a commencé à ne plus manger un mois après le mariage de sa sœur, et à la même époque débutèrent les rêves que nous avons dits.

D'elle-même elle n'établit aucun rapport entre les deux faits, mais elle reconnut dans la suite avoir éprouvé, de ses rêves, des remords intenses, croyant en être en partie responsable et s'être rendue de la sorte coupable d'une trahison envers sa sœur.

De même Jacques D... se punissait; croyons-nous, inconsciemment, de ses rêves, auxquels participait une personne qu'il aurait dû respecter.

Ramener ces faits à la conscience des malades, calmer

leurs inquiétudes, a donné dans ces deux cas des résultats remarquables.

On nous objectera que le trouble éprouvé par eux est bien grand pour des rêves si communs et si fréquents, et qui ne déterminent, en général, aucune réaction. Aussi, croyons-nous nécessaire l'existence d'un terrain favorable qui fait de ces êtres des sujets anormaux. Nous avons souligné au début du chapitre précédent un certain nombre d'anomalies relevées dans leur manière d'être; nous croyons inutile d'y revenir ici.

Si cette explication nous satisfait assez dans les deux cas de la troisième catégorie, nous manquons de faits précis pour l'appliquer aux malades des observations I et II. Cependant, la présence de troubles sexuels, apparents, extériorisés cette fois, nous pousserait à admettre une même interprétation pathogénique.

Nous ne pouvons conclure de même sorte en ce qui concerne la malade de l'observation V, sa réticence absolue ne nous ayant pas permis un examen psychologique approfondi.

D'ailleurs, nous ne prétendons pas que toutes les anorexies mentales ont une même origine; nous admettons bien volontiers que l'explication donnée par Régis peut convenir à un certain nombre de cas; fort probablement, d'autres pathogénies pourraient intervenir chez d'autres malades.

Mais il nous paraît que les anorexies que nous avons observées peuvent être envisagées comme le résultat de l'action inconsciente d'un trouble d'origine sexuelle sur un psychisme anormal.

Il était, en conséquence, tout naturel que nous recherchions dans les œuvres de Freud ce qui correspondait aux explications que nous proposons, afin surtout d'expliquer, si possible, les cas de la deuxième catégorie, ceux dont les sujets étalaient leur amour incestueux et se refusaient à une analyse soignée.

« Tout ce que nous pouvons ajouter à la conception régnante, écrit Freud (*Totem et Tabou*, p. 30), c'est que la

crainte de l'inceste constitue un trait essentiellement infantile et s'accorde d'une façon étonnante avec ce que nous savons de la vie psychique des névrosés. La psychanalyse nous a montré que le premier objet sur lequel se porte le choix sexuel du jeune garçon est de nature incestueuse, condamnable, puisque cet objet est représenté par la mère ou par la sœur, et elle nous a montré la voie que le garçon suit à mesure qu'il grandit pour se soustraire à l'attrait de l'inceste. Or, chez le névrosé, nous trouvons régulièrement des restes considérables d'infantilisme psychique, soit parce qu'il n'a pas été capable de s'affranchir des conditions infantiles de la psycho-sexualité, soit parce qu'il y est retourné (arrêt de développement ou régression). C'est pourquoi les fixations incestueuses de la libido jouent de nouveau ou jouent encore le rôle principal dans la vie psychique inconsciente. Nous sommes ainsi amenés à voir dans l'attitude incestueuse à l'égard des parents le complexe central de la névrose. »

Et Blondel, exposant les idées de Freud, écrit (*La Psychanalyse*, p. 65) : « La vie sexuelle normale ne comporte pas de névrose (de névrose actuelle veux-je dire). Pour que de telles névroses apparaissent, il faut que la libido *actuelle*, pour quelque raison, par quelque moyen que ce soit, n'obtienne pas *actuellement* satisfaction complète... »

Ce qui suit peut expliquer comment inconsciemment nos malades sont passés de leurs troubles sexuels à l'anorexie mentale. « L'interprétation du symptôme (Blondel; *loc. cit.*, p. 75) est, en effet, la grande découverte, la révélation de la psychanalyse. Pour reconnaître le sens des symptômes, le recours à la psychanalyse est indispensable. Car le malade, pour sa part, ne connaît du symptôme que le symptôme lui-même. Il ne sait absolument rien, sinon toujours de l'événement auquel le symptôme se rattache, du moins du lien qui unit le symptôme à cet événement et, avant tout, de l'intention à laquelle répond le symptôme. D'un mot, il ne sait rien absolument de tout le processus inconscient où le symptôme a son origine. Cette ignorance de ses causes profondes

est une condition essentielle de l'existence même du symptôme. Dès que cette ignorance est dissipée, le symptôme s'évanouit avec elle. »

« Toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'un symptôme, nous devons en conclure à l'existence chez le malade de certains processus inconscients qui contiennent précisément le sens de ce symptôme. Mais il faut aussi que ce sens soit inconscient pour que le symptôme se produise. Les processus conscients n'engendrent pas de symptômes névrotiques. Le fait seul qu'il est possible, grâce à une interprétation analytique, d'attribuer un sens aux symptômes névrotiques constitue une preuve irréfutable de l'existence de processus psychiques inconscients ou, si vous aimez mieux, de la nécessité d'admettre l'existence de ces processus. » (Freud, *Introduction à la Psychanalyse*, p. 290.)

Que l'on accepte ou, au contraire, que l'on refuse d'accepter les vues de Freud, on reconnaîtra qu'il était intéressant de le consulter afin d'être aussi complet que possible dans l'essai pathogénique que nous avons voulu écrire.

TRAITEMENT

Tous les auteurs s'accordent à considérer comme indispensable l'isolement du malade. Les essais faits pour guérir ces sujets en les laissant dans leur milieu ont toujours été infructueux, et leur transport dans une maison de santé s'impose toujours. C'est qu'en effet les familles transigent trop avec leur malade et ne savent pas leur imposer l'alimentation qui est nécessaire.

De plus l'anorexique trouve chez lui les satisfactions qu'il cherche : on le plaint, on ne prête attention qu'à lui, toutes choses qui ne font qu'augmenter son obstination à refuser les aliments. Isolé, le malade devra pendant un certain temps, jusqu'à ce qu'il ait recouvré quelques forces, être gardé au lit.

Une fois le malade dans la maison de santé, quelle devra être la conduite du médecin ? La cause de l'anorexie étant psychique, ses efforts doivent porter sur le psychisme du sujet. Examiner attentivement l'état mental de son patient, rechercher avec soin les phénomènes, particulièrement d'ordre sexuel, qui ont pu troubler le malade, calmer les inquiétudes qu'ils ont pu créer, lui montrer les rapports entre ces inquiétudes et la maladie, telle doit être la marche suivie. Nous avons vu dans deux de nos cas le résultat subit et remarquable obtenu par une telle méthode. Par ce procédé, nos malades se sont mis, dès le soir même, à manger de tous les plats qu'on leur présentait et ont continué le lendemain et les jours suivants, au point que l'un d'eux en eut une indigestion.

Il est intéressant de remarquer d'ailleurs, la facilité avec

laquelle se réadaptent, chez ces sujets, des voies digestives qui avaient perdu depuis des mois l'habitude de fonctionner.

Mais il est des cas, et ce sont ceux qui n'entrent pas dans notre troisième catégorie, où les malades, réticents, ne laissent pas pénétrer le médecin dans l'intimité de leur vie. Pleins d'opiniâtreté, ils se refusent à mettre sur la voie qui les conduirait à la guérison.

Avec de pareils sujets, la contrainte sera souvent nécessaire et la maison de santé fermée, à discipline plus sévère souvent utile. C'est avec ces malades que les infirmiers chargés de veiller à leur alimentation devront user de patience et de ténacité. Le jour où l'anorexique sent qu'on cède tant soit peu à son caprice, son refus devient encore plus irréductible. Il lui arrivera, au contraire, de céder chaque jour du terrain, s'il sent face à la sienne une volonté inébranlable.

Mais il est des fois où patience et obstination se heurteront à un refus absolu. Il faudra alors recourir au gavage. Certains auteurs, Gilbert Ballet entre autres, l'ont déconseillé, prétendant que si on modifiait favorablement de la sorte l'état physique, on ne procurait pas ainsi le besoin de manger. Nous croyons que cette argumentation ne tient pas en face du fait qu'on est en présence d'un malade dont l'état est grave et qu'il s'agit de remonter au plus vite. Un seul gavage suffira d'ailleurs parfois à décider le sujet.

Quoi qu'il en soit, ce qui importe surtout, c'est que le malade sente chez le médecin une volonté de fer, décidée à ne jamais céder et prête à recourir à la sonde si la menace en a été faite.

Il est indiqué, en outre, de donner à ces malades une médication phosphatée et de leur faire suivre un traitement hydrothérapique. Ces deux procédés thérapeutiques semblent avoir une action désensibilisatrice sur le système nerveux, et présentent, de plus, un avantage qui a son importance. Ils donnent aux malades une échappatoire qui ménage leur orgueil; n'aimant pas à reconnaître qu'ils étaient atteints

d'un trouble psychique, ils peuvent, de la sorte, attribuer leur maladie à un trouble nerveux, et leur guérison à cette thérapeutique.

Mais tout ne sera pas fini lorsqu'on sera arrivé à réalimenter l'anorexique. Nous avons dit qu'il était un être anormal; les anomalies persisteront en lui après la guérison de l'anorexie. C'est à les atténuer, sinon à les faire disparaître, que devra dans la suite s'employer le médecin.

CONCLUSIONS

I. — Le terme d'anorexie mentale, qui signifie perte du sens de l'appétit, peut être conservé, à condition de savoir que l'affection à laquelle on l'applique est caractérisée souvent par le refus systématique d'alimentation.

II. — Étudiée d'abord par Lasègue, l'anorexie mentale vraie attira l'attention de nombreux observateurs qui en établirent les principales caractéristiques et la différencièrent des anorexies symptomatiques d'autres affections d'ordre organique ou simplement psychique.

III. — Si l'on peut distinguer schématiquement une période de début, une période d'état, une période terminale, si l'apparition des premiers symptômes est tantôt sournoise, tantôt brutale, dans tous les cas, les malades présentent des traits analogues : refus de nourriture ordinaire, discussions continuelles sur la quantité d'aliments qu'il convient d'absorber et sur leur qualité, ruses de toutes sortes pour éviter une alimentation même très minime; amaigrissement progressif, momification, ralentissement de toutes les fonctions de l'organisme; aggravation lente jusqu'à la mort, à moins que l'intervention médicale ne soit effective.

IV. — Des observations que nous avons rapportées, il résulte qu'à ce tableau classique de l'anorexie mentale on doit ajouter quelques caractères qui nous ont paru très importants :

a) D'abord, et quelquefois pendant longtemps, la persistance d'un appétit si vif que le malade a besoin de lutter pour ne pas céder à la tentation de s'alimenter; lorsqu'il s'est habitué à une alimentation plus copieuse, il lui arrive de continuer à éliminer certains aliments;

b) L'agilité intellectuelle de ces malades qui parlent, dis-

cutent, donnent des ordres, lisent, écrivent, et cela de la façon la plus naturelle, à moins que, accablés par leur faiblesse, ils tombent, tout à fait transitoirement d'ailleurs, dans une sorte de torpeur et d'état confusionnel;

c) Leur coquetterie normale si l'on peut dire, associée à la coquetterie pathologique de leur propre maigreur;

d) L'amour de la mise en scène;

e) Et ce caractère est le plus curieux de tous, leur « tyrannisme alimentaire » sur ceux qu'ils aiment le mieux, disposition qui les porte à obliger la personne qu'ils désignent à manger plus qu'elle ne voudrait;

f) La présence de troubles sexuels particuliers.

V. — Repoussant les explications pathogéniques qui tendent à incriminer dès le début une affection organique ou une insuffisance endocrinienne, nous préférons donner à une maladie strictement psychique une explication psychologique. Cela est parfois impossible; pourtant, des complexes incestueux se révèlent chez la plupart de nos malades. Tantôt ils s'affirment presque cyniquement sans que le sujet semble avoir conscience de la vraie nature de ses inclinations; tantôt, même s'ils n'apparaissent que dans des rêves, ils provoquent de l'humiliation et du dégoût de soi-même. C'est dans ces derniers cas que la guérison est apparue rapide et facile.

VI. — La psychothérapie doit donc être notre arme la meilleure, qui ne nous dispensera pas d'instituer un traitement destiné à relever les forces et à désensibiliser le système nerveux.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 14 décembre 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ-THOMAS. — Anorexie mentale. *La Clinique*, 15 janv. 1909, p. 33.
- ANGELIS (DE). — Anorexie nerveuse e.faringo spasmo nell infanzia. *Il Morgagni*, Milano, 1924, LXVI, p. 432.
- ASTLES. — Anorexie in Young Girls unaccompanied with visceral disease. Proc. South Austral Brauch. *Brit. Med. Assoc.*, Adélaïde 1882, 31.
- BABINSKI. — Société Médicale des Hôpitaux, 11 nov. 1892.
— Société de Neurologie, 7 nov. 1901.
— *Gazette des Hôpitaux*, 11 nov. 1904.
- BALLET (G.). — Anorexie mentale. *Médecine moderne*, 1907, p. 255.
— *Journal des praticiens*, 1909, p. 293.
— L'anorexie mentale. *Etoile médicale*, 30 mars 1909, p. 41.
- BEAUMELOU. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique du syndrome anorexie mentale. Thèse Montpellier, 1914.
- BERILLON. — Anorexie mentale des adolescents. *Rev. de l'hypn. et de psych. physiol.*, août 1909, p. 46-49.
- BLONDEL. — La Psychanalyse. F. Alcan, édit., 1924.
- BLUM. — Anorexie mentale. *Province médicale*, n° 25, 18 juin 1910, p. 277.
- BORKMAN. — Anorexie nerveuse, anorexie et métabolisme basal abaissé. *The Amér. Journ. of the med. sciences*, Philadelphie, t. CLXXX, n° 3, sept. 1930.
- BOULADE-PERIGOIS. — Anorexie nerveuse chez une fillette de 9 ans. *Arch. de méd. des enfants*, 1908, p. 827-836.
- BOUVERET. — Anorexie hystérique. *Traité des maladies de l'estomac*. Paris, 1893, p. 655.
- BRELET. — Anorexie mentale. *Gazette des hôpitaux*, n° 141, 10 déc. 1912.

- BRETSCHNEIDER. — Application of psychoanalytic methods to treatment of anorexia in children. *Arch. für Kinderch.*, 86, janv. 1929, p. 94-98.
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie, 1859, p. 256.
- BRISSAUD et SOUQUES. — Délire de maigreur chez une hystérique. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1894, p. 327.
- BRUGNOLI. — Sull anoressia storie considerazioni. *Mém. Acad. di Scienze di Bologna*, 1871.
- BUFFET-DELMAS. — Anorexie mentale chez un nourrisson. *Arch. de méd. des enfants*, 1912, p. 180.
- BUVAT. — L'anorexie psychasthénique. *Gazette des Hôpitaux*, n° 54, 11 mai 1905, p. 639.
- CADE et RAVAUT. — Anorexie mentale simulant un cancer et terminée par la mort. *Lyon médical*, 1924.
- CAMUS. — Traitement de l'anorexie mentale grave des jeunes filles. *Paris médical*, 1912, n° 40, p. 241.
- CARNOT et LIBERT. — Le goutte à goutte duodénal dans l'anorexie mentale et les vomissements incoercibles. *Paris médical*, 1^{er} avril 1922, p. 276.
- CARR. — Case of anorexia nervosa. *Proc. Roy. Soc. med.*, Londres, 1910-1911, IV^e Sect. Stud. Dis. Child., 80.
- CAUSSADE et HAUSHALTER. — Remarques sur l'anorexie mentale du nourrisson. Société de médecine de Nancy, 11 février 1931. *Presse médicale*, 28 mars 1931.
- CARYOPHILIS. — Complexus symptomatique constitué par de l'aphagie, alalie, astasie, abasie, guéri par la suggestion forcée. *Progrès médical*, n° 40, 1^{er} oct. 1892, p. 241.
- CHAFFEY. — Case of anorexia nervosa. *Rep. Soc. Study Dis. Child.* London, 1902, 3, III, p. 257.
- CHARCOT. — Leçon sur les maladies du système nerveux, t. III, 1887, p. 240.
- CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — Path. int. 2^e édit., 1905.
- COLLINS. — Anorexia nervosa. *The Lancet*, 1894, p. 202.
- COMBY. — Anorexie nerveuse. *Arch. de méd. des enfants*, 1908, p. 562-566.
- Anorexie nerveuse. *Arch. de méd. des enfants*, Paris, 1909, 926-928.

- Anorexie infantile et juvénile. *Presse médicale*, 13 mars 1927.
- CONYBEAR. — Fatal case of anorexia nervosa. *Guy's Hosp. Rep.*, 80, janv. 1930, p. 30-33.
- COURBON (P.) et RONDEPIERRE. — *Bull. de la Soc. clinique de méd. mentale*, 17, janv.-févr. 1929.
- CROZER-GRIFFITH. — A case of anorexia nervosa in infant. *Arch. of Pediat.*, New-York, may 1908; Anal. in *Arch. de med. des enfants*, 1908, p. 572.
- DANCOURT. — Manifestations gastriques de l'hystérie chez l'enfant. Thèse Lille, 1904-1905.
- DEBOVE. — Anorexie. *Progrès médical*, n° 42, 19 oct. 1895.
- DÉJÉRINE et GAUCKLER. — Les faux gastropathes. *Presse médicale*, n° 25, p. 193, 25 mars 1906; *Revue neurologique*, p. 665, 1906.
- Les fausses gastropathies, leur diagnostic et leur traitement. *Presse médicale*, 31 mars 1906, n° 26, p. 203.
- La rééducation des faux gastropathes. *Presse médicale*, 8 avril 1908, p. 225.
- L'anorexie mentale. *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*, 1911, chap. I^{er}.
- DENIAU. — De l'hystérie gastrique. Thèse Paris, 1883.
- DOWSE (T. S.). — Anorexia nervosa. *Med. Press.*, London, 1881 m. XXXII, 95.
- DREYFUS. — L'inanition dans le cours des maladies mentales et ses causes. *Neurol. Zentralblatt*, 1907, n° 15, p. 34.
- DRUMMOND. — A case of anorexia nervosa. *Northumberland et Durham Med. Journ.*, Newcastle upon Tyne, 1896, IV, p. 7.
- DUBOIS (S.) (de Saujon). — Traitement de l'anorexie hystérique par les injections hypodermiques de morphine. *Progrès médical*, 1896, n° 8.
- DUBOIS (P.) (de Berne). — Anorexie mentale. Les Psychonévroses et leur traitement moral. Leçon XX, 1904.
- DUBOIS (Robert). — Société médico-psychologique, 27 oct. 1913, *Annales médico-psychologiques*, oct.-nov. 1913, p. 431.

- EDGE. — A fatal case of anorexia. *The Lancet*, 1888, p. 818.
- EPAGNEUL. — Concours médical, 3 avril 1927.
- FÉRÉ. — Anorexie des jeunes filles. *Pathologie des émotions*, p. 84.
- FÉRÉ, GIROU. — Anorexie, suite d'arrêt volontaire de l'alimentation. *Revue neurologique*, 1905, p. 144.
- FERNET. — Amaigrissement extrême et mort par inanition. *Bull. de la Soc. de méd. des hôpitaux*, Paris, 1902, p. 1361.
- FILLIOZAT. — Considérations sur l'insuffisance d'alimentation chez le nourrisson. Thèse Paris, 1908,-1909.
- FLEURY (DE). — Grands symptômes neurasthéniques, Paris, 1884.
- FORCHHEIMER. — Anorexia nervosa in children. Tr. am. Pediat. Soc. 1907-1908. Anal. in *Arch. de méd. des enfants*, 1908, p. 571.
- FREUD. — Introduction à la psychanalyse.
— Totem et Tabou. Payot, édit., 1924.
- FRIEDLANDER. — A case of anorexia nervosa. *Interstate Med. Journ.*, Saint-Louis, 1906, XIII, p. 446-449.
- GASNE. — Un cas d'anorexie hystérique. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, fasc. I, 1900, p. 51.
- GILLES DE LA TOURETTE. — La nutrition dans l'hystérie. Paris, 1890.
— Traité de l'hystérie, t. III, p. 283, 1895.
- GREENWALD. — Anorexie nerveuse *American Médecine*, 23 nov. 1928, p. 875-880.
- GULL. — *The Lancet*, 1868.
— Anorexia nervosa. Tr. Clinical Society. London, 1874, VII, 22-28.
— *The Lancet*, 1888, I, p. 516.
- HUCHARD et AXENFELD. — Traité des névroses. Paris, 1883.
- HUTINEL. — Anorexie mentale. *Journal des praticiens*, 1909, p. 358-360.
- JANET. — Etat mental des hystériques, 1892, p. 245.
L'obsession de la honte du corps. Les obsessions et la psychasthénie, t. I, p. 33, 328, 1903.
— L'état mental des hyst. Trav. du Laboratoire de Psych. de la Clinique de la Salpêtrière, 1911.
- KAMAL (Samy). — L'anorexie mentale. Thèse Lyon, 1911.

- KEMP-COLEMAN. — Some observations on the relations of the gastrointestinal tract to nervous and mental diseases. *Transactions of the american. Medico-psychological Association*, vol. 12, p. 307, 1905.
- KISSEL. — Anorexia nervosa in a girl 11 years old. 1894. Anal. in *Revue neurologique*, 15 oct. 1894, n° 19, p. 575.
- KISSEL. — Anorexie hyst. grave. Guérison. *Arch. für Kindereil K.*, vol. XXV, fasc. 5-6, 1898.
- KNAPP. — The nature and cause of hunger, appetite and anorexia. *American Medecine*, Philadelphie, 1905, 353-359.
- LAPORTE. — L'anorexie mentale. *Médecine moderne*, 6 nov. 1907.
- LASÈGUE. — De l'anorexie hystérique. *Arch. gén. de médecine*, 21 avril 1873, t. XXI, 4^e série, p. 385-403.
- Etudes médicales, 1884, t. II, p. 45.
- LASSIGNARDIE. — Essai sur l'état mental dans l'abstinence. Thèse Bordeaux, 1898.
- LEEDE. — Anorexia nervosa, hypoglycemia or hypoadremia. *Northwest med.* Seattle Wash, XXVII, mai 1928, p. 233.
- LEGENDRE. — Les anorexies et leur traitement. *Journ. de méd. int.*, Paris, 1903.
- Les principaux moyens de combattre l'anorexie. *Médecine moderne*, 1910, XXI, 281-283.
- LELONG. — Les anorexies du nourrisson. *Vie médicale*, 11, 25 févr. 1930, p. 211-215.
- LÉVI (Léopold). — Société de médecine de Paris, 25 février 1922.
- Anorexie mentale et corps thyroïde. *L'Encéphale*, Paris, 1922, p. 507-515.
- LEREBoullet. — Anorexie du nourrisson. *Progrès médical*, 8 mars 1930.
- MACKENZIE. — On a case of anorexia nervosa vel hysterica. *The Lancet*, 1888, p. 613.
- MANGELSDORF. — Troubles gastriques d'origine nerveuse. *Berliner Klin. Wochenschr.*, 2 nov. 1903; *Rev. neurologique*, 29 févr. 1904, p. 179.
- MARFAN. — L'anorexie des enfants du premier âge. *Journal des praticiens*, 22 mars 1930.

- MARIE (Pierre). — *La pratique neurologique*, 1911, p. 1003.
- MARSHALL. — A fatal case of anorexia nervosa. *The Lancet*, London, 1895, p. 149.
- NATHAN (Marcel). — Une forme tardive d'anorexie mentale. *Presse médicale*, 15 déc. 1928, p. 1603.
- NAUDEAU. — Observations sur une maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments. *Journ. de méd., de chir. et de pharm.*, Paris, 1789.
- NOBÉCOURT et MERKLEN. — Anorexie nerveuse. *Bull. de la Soc. de pédiatrie*, 15 mai 1906.
- NOBÉCOURT et MAILLET. — La thérapeutique du nourrisson en clientèle, 1927.
- NOGUÈS — L'anorexie mentale. Thèse Toulouse, 1913.
- OSTHEIMER. — A note up anorexia in infants in hot weather. *Proc. Phila C^o M. Soc. Phila*, 1905-1906, t. XXVI, p. 296.
- PITRES et RÉGIS. — Obsessions et impulsions, 1902.
- PLAYFAIR. — *The Lancet*, 1888, p. 817.
- PLICQUÉ. — Le traitement des anorexies. *Bulletin médical*, Paris, 1908, XXII, 1059.
- POIX. — Anorexie mentale. *Arch. méd. d'Angers*, 20 mai 1911, XV, p. 129.
- RAIMBAULT. — Le syndrome anorexie mentale, étude séméiologique et pronostique. Thèse Paris, 1914.
- RAYMOND et JANET (P.). — Névroses et idées fixes 1898, t. II, p. 501.
- RAYMOND. — Anorexie hystérique et anorexie mentale. *Journ. de méd. int.*, 1^{er} sept. 1902, n^o 17, p. 166. Anal. in *Revue neurologique*, 103, p. 277.
- Anorexie hystérique. *Journ. de méd. int.*, 15 oct. 1902, p. 194.
- Anorexie hyst. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 10 sept. 1905, p. 646.
- *Revue neurologique*, 1913, p. 277.
- RÉGIS. — *C. R. du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, Bordeaux, 1895.
- RÉGIS et HESNARD. — La doctrine de Freud et de son école. *L'Encéphale*, 1913, avril-mai-juin.
- RICHE (Ch.). — Jusqu'où, dans l'état nerveux hystérique, peut aller

- la privation d'aliments. Communications à la Société de biologie, 21 nov. 1896. Anal. in *Revue neurologique*, 1897, p. 613.
- RIST. — Observation d'anorexie idiopathique. *Bull. de la Soc. de méd. de la Suisse romande*, Lausanne, 1878.
- RUATO. — La digestion chez les sitiophobes. Congrès international de médecine, Rome, 1894.
- SANTENOISE. — *Revue neurologique*, juin 1926.
- SCHNYDER (L.). — Les anorexies de la puberté. *Rev. méd. de la Suisse romande*, t. XXXIII, n° 3, 20 mars 1913, p. 241.
Anal. in *Presse médicale*, 5 avril 1913, n° 28, p. 282.
- SEGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, p. 131.
- SEGLAS. — Société médico-psychol., 27 oct. 1913. *Annales médico-psychologiques*, oct.-nov. 1913.
- SELTMAN. — Anorexie cérébrale. *Centralblatt f. innere méd.*, 2 mars 1895, p. 227. Anal. in *Journ. of nerv. mental disease*, juin 1895, p. 383.
- SOLLIER. — Anorexie hystérique. *Revue de médecine*, 1891, t. XI, p. 625.
— L'anorexie mentale. *C. R. du Congrès des méd. alién. et neurol.*, 6^e session, Bordeaux, 1895, p. 360.
— Psychopathies gastriques. *C. R. du Congrès de Nancy*, 1896, II, p. 280.
- SOLLIER. — Genèse et nature de l'hystérie, 1897, t. I, p. 182.
— Les anorexies nerveuses. *Journ. de neurol., Bruxelles*, 1910, n° 11, p. 201-210.
- SOLLIER et PARMENTIER. — Congrès de médecine de Lyon, 1894.
- STEPHENS. — Case of anorexia nervosa; necropsy. *The Lancet* London, 1895, p. 31.
- STERNBERG. — Die Appetit und die Appetitlosigkeit *Zeits. f. Klin. med.*, 1909, XXVIII, 434.
- TARGOWLA et LAMACHE. — *Prat. méd. franç.*, nov. 1926.
- TARRIUS. — *Revue de l'hypnotisme*, août 1909.
— Anorexie mentale, maigreur extrême. *Médecine pratique*, janv. 1910, p. 2.
- TAYLOR. — A case of anorexia nervosa. *West Lond. med. Journ.*, Londres, 1904, IX, 204-207, 110-112.

- TINEL et SANTENOISE. — Société de biologie, 16 juin 1923. .
- TIXIER. — *Monde médical*, 1^{er} oct. 1928.
- TOUPET et LEBRET. — Délire d'inanition. *Presse médicale*, 1^{er} oct. 1904, p. 625; *Revue neurologique*, 15 déc. 1904, p. 1178.
- TOURNIER. — Vomissements et anorexie hystérique. Soc. méd. de Lyon, 19 juill. 1897.
- VAUDET-BRUN (Mme). — Contributions à l'étude de l'anorexie nerveuse du nourrisson..Thèse Paris, 1921.
- VENABLES. — Anorexia nervosa : pathogenesis and treatment of 9 cases. *Guy's hosp. Rep.*, 80, avril 1930, p. 213-216.
- VINCENT (Clovis). — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (neurologie), t. II, p. 655. Maloine, édit., 1924.
- WALLET. — Deux cas d'anorexie hystérique. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1892, t. V, n° 5, p. 276.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. — AVANT-PROPOS	9
II. — INTRODUCTION	12
III. — DÉFINITION. LIMITATION DU SUJET.....	14
IV. — HISTORIQUE	17
V. — SYMPTOMATOLOGIE	24
Période de début.....	24
Période d'état.....	26
Période terminale.....	29
VI. — DURÉE. PRONOSTIC.....	32
VII. — COMPLICATIONS.....	33
VIII. — DIAGNOSTIC.....	37
Diagnostic de l'anorexie d'origine organique.....	37
Le refus d'aliments dans les affections mentales.....	39
L'anorexie mentale chez le nourrisson	41
IX. — OBSERVATIONS.....	42
X. — REMARQUES SUR NOS OBSERVATIONS.....	63
L'anorexie.....	63
Activité intellectuelle.....	65
Coquetterie.....	67
Amour de la mise en scène.....	68
Tyrannisme alimentaire exercé sur une personne de leur entourage	69
Troubles de l'instinct sexuel	70
XI. — PATHOGÉNIE.....	74
XII. — TRAITEMENT	80
XIII. — CONCLUSIONS.....	83
BIBLIOGRAPHIE	85

